

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

DENISE MAGALHÃES MACHADO KANGUSSU

VIOLÊNCIA SEXUAL EM MULHERES ATENDIDAS EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE CURITIBA, BRASIL: CARACTERÍSTICAS DA VÍTIMA,
DA AGRESSÃO E DA ASSISTÊNCIA

CURITIBA

2018

DENISE MAGALHÃES MACHADO KANGUSSU

VIOLÊNCIA SEXUAL EM MULHERES ATENDIDAS EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE CURITIBA, BRASIL: CARACTERÍSTICAS DA VÍTIMA,
DA VIOLÊNCIA E DA ASSISTÊNCIA

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Tocoginecologia pelo Programa de Pós-graduação em Tocoginecologia, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Newton Sérgio de Carvalho
Co-orientador: Rosires Pereira de Andrade

CURITIBA

2018

FICHA CATALOGRÁFICA

K164 Kangussu, Denise Magalhães Machado

Violência sexual em mulheres atendidas em um hospital universitário de Curitiba, Brasil : características da vítima, da violência e da assistência [recurso eletrônico] / Denise Magalhães Machado Kangussu – Curitiba, 2018.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Newton Sérgio de Carvalho

Coorientador: Prof. Dr. Rosires Pereira de Andrade

1. Violência contra a mulher. 2. Delitos sexuais. 3. Serviços médicos de emergência. 4. Assistência ao convalescente. 5. Fatores de risco. I. Carvalho, Newton Sérgio de. II. Andrade, Rosires Pereira de. III. Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

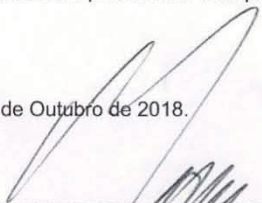
NLMC: WA 412


FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS/UFPR -
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, BIBLIOTECÁRIA: RAQUEL PINHEIRO COSTA JORDÃO
CRB9/991

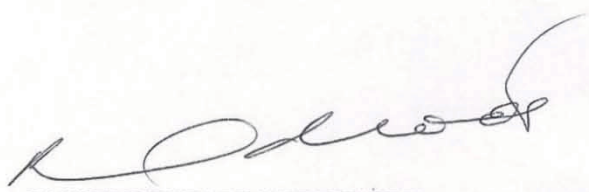
TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em TOCOGINECOLOGIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **DENISE MAGALHÃES MACHADO KANGUSSU**, intitulada: **VIOLÊNCIA SEXUAL EM MULHERES ATENDIDAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CURITIBA, BRASIL: CARACTERÍSTICAS DA VÍTIMA, DA AGRESSÃO E DA ASSISTÊNCIA**., após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa. A outorga do título de Mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 26 de Outubro de 2018.


NEWTON SERGIO DE CARVALHO(UFPR)
(Presidente da Banca Examinadora)


VIVIAN FERREIRA DO AMARAL(UFPR)
(Avaliador Interno)


ROSIREZ PEREIRA DE ANDRADE(UFPR)
(Avaliador Externo)

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”.

Carl Jung

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Sirley e José, que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para eu alcançar esta etapa da minha vida.

Ao meu esposo Tadeu, pela generosidade, carinho e amor

AGRADECIMENTO

À Deus, por ter me ajudado a superar as dificuldades e a tornar possível a realização desse projeto.

À minha família, por entender os momentos de ausência para os estudos e por incentivar o desenvolvimento deste trabalho.

À equipe do Serviço de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual na Maternidade do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR/EBSERH, por tornarem possível a realização desta pesquisa e pela inspiração, em especial ao coordenador Dr. Rosires Pereira de Andrade, aos enfermeiros, aos técnicos de enfermagem, aos assistentes sociais, ao psicólogo Juarez Marques de Medeiros, aos médicos preceptores e residentes do Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia, à médica infectologista Me. Clea Elisa Lopes Ribeiro.

À equipe do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar representada pela enfermeira Me. Adeli Regina Przybicien De Medeiros, por disponibilizar informações essenciais para a pesquisa.

Aos estatísticos Ricardo Rasmussen Petterle e Marcia Olandoski pelas análises e orientações.

À Universidade Federal do Paraná por minha formação na graduação e pós-graduação.

A todos os professores do Programa de Mestrado em Tocoginecologia da Universidade Federal do Paraná, pelo conhecimento compartilhado.

Ao orientador Dr. Newton Sérgio de Carvalho e ao co-orientador Dr. Rosires Pereira de Andrade, por toda a dedicação durante o desenvolvimento deste trabalho.

RESUMO

Objetivo: Identificar o perfil sociodemográfico das vítimas de violência sexual (VS) do sexo feminino, de sua relação com o agressor, da agressão sofrida e da assistência realizada no Complexo Hospital de Clínicas da UFPR/EBSERH. **Métodos:** Estudo observacional, transversal, retrospectivo. Banco de dados formado por 1041 notificações de violência sexual, sexo feminino, com 12 anos completos ou maior, atendidas entre janeiro de 2010 e dezembro de 2015; excluídos casos de violência crônica e tempo maior que 72 horas para primeiro atendimento. Banco de dados: Sistema de Informações de Agravos de Notificação e prontuário médico. Variáveis extraídas e analisadas: dados sociodemográficos da vítima e relação com agressor, data e hora do evento, sobre agressão sexual e outro meio além da própria VS, data da primeira consulta e de retornos para seguimento. Seguimento adequado considerado com retorno para exames com 30, 90 e 180 dias. Resultados descritos por frequências e percentuais, analisados com teste Qui-quadrado. Variáveis foram relacionadas ao tempo para o primeiro atendimento e aos retornos para coleta de exames de seguimento por análise univariada e multivariada, ajustando-se modelos de Regressão Logística e usando-se o teste de Wald para avaliar a significância das diferenças. A medida de associação estimada foi a *odds ratio* com intervalos de confiança de 95%. Valores de $p < 0,05$ indicaram significância estatística. **Resultados:** Maior incidência de VS na faixa de 12 a 19 anos, cor da pele autodeclarada branca, solteiras, escolaridade de até 12 anos, agressor desconhecido e presença de outro meio de agressão além da própria VS. De 39,3 a 55,3% dos casos de violência sexual foram atendidos em menos de 24 horas. Sobre a primeira consulta: 53,9% do total procuraram atendimento entre 24 e 72 horas; a procura entre 24 e 72 horas foi associada a ausência de outro meio de agressão além da própria VS ($p = 0,001$) e o agressor ser conhecido ($p < 0,001$). Sobre o retorno para exames de seguimento: 59,8% nunca retornaram e 9,6% completaram o seguimento. Observou-se associação de ausência de retorno para exames de seguimento com a cor da pele não-branca ($p = 0,022$) e o agressor ser conhecido pela vítima ($p < 0,001$). Encontramos 1 resultado de Anti-HIV reagente 30 dias após a violência sexual e 1 resultado de BHCG positivo após 10 dias da violência sexual; ambas com resultado negativo no primeiro atendimento. **Conclusões:** Encontrou-se perfil de adolescentes e adultas jovens vítimas de VS, de cor da pele branca, com escolaridade de 5 a 12 anos e sem parceiro íntimo, agredidas por desconhecido. Quando o agressor era conhecido, era diferente de parceiro íntimo ou de relação familiar. A maioria sofreu penetração vaginal e outra agressão além da VS. Foi predominante a primeira consulta após 24 horas e ausência de retorno para o seguimento.

Descritores: Violência sexual; Serviços Médicos de Emergência; Assistência do Seguimento; Fatores de risco.

ABSTRACT

Purpose: To identify the socio-demographic profile of the female victims of sexual violence (SV), their relationship with the aggressor, the aggression suffered and the care performed at the UFPR / EBSERH Clinical Hospital Complex. **Methods:** Observational, cross-sectional, retrospective study. Database of 1041 notifications of sexual violence, female, with 12 years of age or older, attended between January 2010 and December 2015; excluded cases of chronic violence and time greater than 72 hours for first care. **Database:** Notification of Injury Information System and medical records. **Variables extracted and analyzed:** sociodemographic data of the victim and relationship with aggressor, date and time of the event, about sexual aggression and other means besides the own SV, date of the first consultation and returns for follow-up. Adequate follow-up considered with return for exams with 30, 90 and 180 days. Results described by frequencies and percentages, analyzed with chi-square test. Variables were related to the time for the first attendance and to the returns for the collection of follow-up exams by univariate and multivariate analysis, adjusting Logistic Regression models and using the Wald test to evaluate the significance of the differences. The estimated association measure was the odds ratio with 95% confidence intervals. Values of $p < 0.05$ indicated statistical significance.

Results: Higher incidence of SV in the age group of 12 to 19 years, self-reported white skin color, unmarried, schooling up to 12 years old, unknown aggressor and presence of aggression other than SV. From 39.3 to 55.3% of cases of sexual violence were attended in less than 24 hours. About the first consultation: 53.9% of the total sought care between 24 and 72 hours; the search between 24 and 72 hours was associated with the absence of another means of aggression besides the SV itself ($p = 0.001$) and the aggressor was known ($p < 0.001$). On return for follow-up exams: 59.8% never returned and 9.6% completed follow-up. A non-return association was observed for follow-up examinations with non-white skin color ($p = 0.022$) and the aggressor was known by the victim ($p < 0.001$). We found 1 result of Anti-HIV reagent 30 days after sexual violence and 1 result of BHCG positive after 10 days of sexual violence; both with negative results in the first service. **Conclusions:** We found a profile of adolescents and young adults who were victims of SV, of white skin color, with schooling of 5 to 12 years and without intimate partner, attacked by unknown. When the aggressor was known, it was different from an intimate partner or family relationship. Most suffered vaginal penetration and other aggression beyond SV. The first visit was predominant after 24 hours and there was no return for follow-up.

Key words: Sex Offenses; Emergency Medical Services; Aftercare; Risk Factors.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1: PESQUISAS DE BASE POPULACIONAL POR TIPO DE VIOLÊNCIA E NÍVEL DE RENDA DO PAÍS	22
QUADRO 2: PROFILAXIA DAS ISTS NÃO VIRAIS EM VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL	31
QUADRO 3: ESQUEMA PREFERENCIAL DE PEP PARA HIV.....	32
FIGURA 1: FLUXOGRAMA DE ASSISTÊNCIA À VÍTIMA DE VS NO CHC	34
QUADRO 4 – EXAMES LABORATORIAIS NA AVALIAÇÃO INICIAL E SEGUIMENTO DAS VÍTIMAS DE VS.	35
FIGURA 2: ORGANOGRAMA DO FLUXO DE COLETA DE DADOS APLICANDOS OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	37
GRÁFICO 1: FATORES ASSOCIADOS AO PRIMEIRO ATENDIMENTO ENTRE 24 E 72 HORAS DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL, SEGUNDO CHC, 2010-2015 – ANÁLISE MULTIVARIADA.....	50
GRÁFICO 2: FREQUÊNCIAS RELATIVAS (%) DE 1041 CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL SEGUNDO RETORNO PARA COLETA EXAMES DE SEGUIMENTO, NO CHC, 2010 A 2015.	51
GRÁFICO 3: FATORES ASSOCIADOS A AUSÊNCIA DE RETORNO PARA COLETAS DE EXAMES DE SEGUIMENTO DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL, SEGUNDO CHC, 2010-2015 – ANÁLISE MULTIVARIADA	53

LISTA DE TABELAS

TABELA 1:	PREVALÊNCIA ESTIMADA VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES POR REGIÕES DA GBD.....	23
TABELA 2:	COEFICIENTE DA AMOSTRA ESTUDADA DE VÍTIMAS FEMININAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL \geq 12 ANOS ATENDIDAS NO CHC EM RELAÇÃO A POPULAÇÃO FEMININA DE CURITIBA E REGIÃO METROPOLITANA, ACIMA DE 10 ANOS, 2010-2015	43
TABELA 3:	ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES SOBRE AS VÍTIMAS DE VS, ATENDIDAS NO CHC, 2010-2015: FAIXA ETÁRIA, COR DA PELE, ESCOLARIDADE E SITUAÇÃO CONJUGAL	44
TABELA 4:	VÍTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL: ANÁLISE SOBRE O SEXO DO AGRESSOR, NÚMERO DE AGRESSORES E O GRAU DE RELACIONAMENTO DA VÍTIMA COM O AGRESSOR, ATENDIDAS NO CHC, 2010-2015.....	45
TABELA 5:	VÍTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL: ANÁLISE DA AGRESSÃO SOFRIDA PELA VÍTIMA, CHC, 2010-2015.....	47
TABELA 6:	VÍTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL: TEMPO ENTRE O EVENTO DE VIOLÊNCIA SEXUAL E O PRIMEIRO ATENDIMENTO, CHC, 2010-2015.	48
TABELA 7:	ANÁLISE COMPARATIVA DAS VARIÁVEIS ASSOCIADAS AO TEMPO PARA O PRIMEIRO ATENDIMENTO DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL, SEGUNDO RELATOS NO CHC, 2010–2015 – ANÁLISE UNIVARIADA.....	49
TABELA 8:	ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS AO PRIMEIRO ATENDIMENTO ENTRE 24 E 72 HORAS DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL, SEGUNDO CHC, 2010-2015 – ANÁLISE MULTIVARIADA	50
TABELA 9:	VÍTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL: RETORNO PARA COLETAS DE EXAMES DE SEGUIMENTO, CHC, 2010-2015.....	51
TABELA 10:	ANÁLISE COMPARATIVA DAS VARIÁVEIS ASSOCIADAS A AUSÊNCIA DE RETORNO PARA COLETAS DE EXAMES DE SEGUIMENTO DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL, SEGUNDO RELATOS NO CHC, 2010–2015 – ANÁLIS E UNIVARIADA.....	52

TABELA 11: ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS A AUSÊNCIA DE RETORNO PARA COLETAS DE EXAMES DE SEGUIMENTO DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL, SEGUNDO CHC, 2010-2015 – ANÁLISE MULTIVARIADA	53
TABELA 12: RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS PELA VÍTIMAS DE VS NO PRIMEIRO ATENDIMENTO E NO SEGUIMENTO APÓS O EVENTO DE VS (N: 1041).....	54

LISTA DE SIGLAS

3TC	- Lamivudina
AIDS	- Síndrome da imunodeficiência humana adquirida
ANTI-HCV	- Anticorpos contra o vírus da hepatite C
ANTI-HIV	- Anticorpos contra o HIV
BHCG	- Subunidade Beta da Gonadotrofina Coriônica Humana
CEMICAMP	- Centro de Estudos e Pesquisas Materno-Infantis de Campinas
DTG	- Dolutegravir
ECA	- Estatuto da Criança e Adolescente
FEBRASGO	- Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
GBD	- <i>Global Burden of Disease</i>
HBsAg	- Antígeno de superfície do vírus da hepatite B
CHC	- Complexo Hospital de Clínicas da UFPR/EBSERH
HIV	- Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa
IC	- Intervalo de Confiança
IM	- Intramuscular
IST	- Infecção Sexualmente Transmissível
LNG	- Levonorgestrel
MS	- Ministério da Saúde
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OR	- <i>Odds Ratio</i>
PA	- Pronto-atendimento
PEP	- Profilaxia pós-exposição
SIH	- Sistema de Informações Hospitalares
SINAN	- Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SNVE	- Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SNVEAH	- Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar
TCLE	- Termo de consentimento livre e esclarecido
TDF	- Tenofovir
UNICAMP	- Universidade de Campinas
VDRL	- <i>Venereal disease research laboratory</i>
VO	- Via oral
VS	- Violência Sexual

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVO	18
2.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	19
3.1	VIOÊNCIA.....	19
3.2	VIOÊNCIA SEXUAL	20
3.2.1	EPIDEMIOLOGIA.....	22
3.3	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	24
3.4	CONSEQUÊNCIAS DA VIOÊNCIA SEXUAL	26
3.5	ASSISTÊNCIA À VÍTIMA DE VIOÊNCIA SEXUAL	28
3.5.1	PRIMEIRO ATENDIMENTO DAS VÍTIMAS DE VIOÊNCIA SEXUAL.....	29
3.5.1.1	PRIMEIRO ATENDIMENTO NO HOSPITAL DE CLÍNICAS -UFPR.....	30
3.5.2	SEGUIMENTO DAS VÍTIMAS DE VIOÊNCIA SEXUAL	32
3.5.2.1	SEGUIMENTO NO HOSPITAL DE CLÍNICAS -UFPR.....	34
4	MÉTODOS.....	36
4.1	DESCRIÇÃO DA AMOSTRA.....	36
4.1.1	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	36
4.1.2	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	36
4.1.2.3	FLUXO DADOS CONFORME CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO ..	37
4.2	DESENHO DO ESTUDO	38
4.3	ORIGEM DAS INFORMAÇÕES	38
4.3.1	ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO LOCAL.....	38
4.3.2	SINAN	38
4.3.3	SIH	40
4.4	VARIÁVEIS	41
4.5	ANÁLISE ESTATÍSTICA	42
5.	RESULTADOS	43
5.1	AMOSTRA ESTUDADA E POPULAÇÃO DE CURITIBA E REGIÃO METROPOLITANA.....	43

5.2	CARACTERÍSTICAS DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL.....	43
5.3	INFORMAÇÕES SOBRE O AGRESSOR E A RELAÇÃO COM A VÍTIMA	45
5.4	ANÁLISE DA AGRESSÃO SOFRIDA PELA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL	47
5.5	ATENDIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL.....	48
5.5.1	A PRIMEIRA CONSULTA NO SETOR DE EMERGÊNCIA	48
5.5.2	RETORNO PARA EXAMES DE SEGUIMENTO APÓS A VIOLÊNCIA SEXUAL	50
5.6	RESULTADO DE EXAMES ANALISADOS	54
6	DISCUSSÃO.....	55
7	CONCLUSÕES.....	64
8	PERSPECTIVAS	65
	REFERÊNCIAS	67
	ANEXO I - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	75
	ANEXO II - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS	79

1 INTRODUÇÃO

Há grande variedade de códigos morais em todo o mundo, o que torna o tema da violência um dos mais desafiadores. Busca-se um consenso ao estabelecer padrões universais de comportamento através da elaboração dos direitos humanos, a fim de proteger a vida humana e a dignidade. No âmbito da saúde pública, definir a violência de tal forma que ela capte a gama de atos e as experiências subjetivas das vítimas é um desafio (KRUG *et al.*, 2002). Afirma-se que a violência seria o resultado de processos históricos e sociais de desigualdades – os determinantes sociais de saúde (LOIOLA *et al.*, 2014).

Dentre os tipos de violência está a sexual, definida como todo ato sexual não desejado, ou ações de comercialização e/ou utilização da sexualidade de uma pessoa mediante qualquer tipo de coerção; sua incidência global é estimada em 12 milhões a cada ano e a prevalência de 2 a 5% (KRUG *et al.*, 2002).

Para o monitoramento da situação de saúde relacionada à violência sexual (VS), no Brasil, a notificação dos casos é compulsória para a vigilância epidemiológica, o que possibilita o planejamento para ações de prevenção e proteção (SOUZA *et al.*, 2014; VELOSO *et al.*, 2013).

O perfil das vítimas de VS encontrado em diversos estudos, nacionais e internacionais, é composto por adolescentes e mulheres jovens, brancas, solteiras, sem filhos e com escolaridade acima da média nacional e regional (FACURI *et al.*, 2013; INGEMANN-HANSEN *et al.*, 2009).

O comprometimento à saúde futura da vítima de VS pode ocorrer de curto a longo prazo, com consequência na saúde mental, comportamental, física, sexual e reprodutiva (JENNY *et al.*, 1990; MANIGLIO, 2009; MASON; LODRICK, 2013). Em um estudo caso-controle dinamarquês, foi analisado o uso do sistema de saúde durante os 7 anos subsequentes a experiência de VS, concluindo que houve um aumento sustentado no uso do sistema de saúde no grupo de vítimas de VS em comparação com o grupo controle (ELKLIT; SHEVLIN, 2010).

Em todo o mundo e no Brasil, as instituições que prestam assistência às vítimas devem ofertar o atendimento às necessidades de prevenção de danos, cuidados emergenciais, acompanhamento, reabilitação, tratamento de eventuais agravos e impactos resultantes da VS sobre a saúde física e psicológica; o acompanhamento deve

se estender por um período posterior à realização do primeiro atendimento (BRASIL, 2015a; CDC, 2016b; WORKOWSKI; BOLAN, 2015).

No entanto, a perda do seguimento ambulatorial pode comprometer a qualidade da assistência a essa população. Estima-se que 40,3% das vítimas no mundo aderem ao seguimento, porém esse dado é proveniente de estudos nos quais a aderência variou de 12 a 74% e recomenda-se cautela na interpretação das estimativas (CHACKO *et al.*, 2012). No CHC (Complexo Hospital de Clínicas da UFPR/EBSERH), ao se analisar vítimas de VS, a taxa de adesão ao seguimento completo de 180 dias, entre os anos 2009 e 2013, foi de 19,54% (TRIGUEIRO *et al.*, 2015).

A partir do ano de 1996, no Brasil, iniciaram-se Fóruns para discutir a implantação de serviços de referência no atendimento a vítimas de violência sexual no Brasil. Em 1997, o CHC foi pioneiro, no Paraná, ao iniciar discussões, implantar o Centro de Atendimento à Mulher Violentada Sexualmente e oferecer assistência às vítimas de VS da cidade de Curitiba e região metropolitana (ANDRADE, 2017).

A experiência do CHC em atender as vítimas de VS contribui para a importância da pesquisa. É preciso conhecer e documentar o resultado do trabalho desse serviço de saúde, que segue o protocolo brasileiro, em oferecer assistência a essas vítimas. Compreender os fatores que poderiam influenciar no atendimento contribuirá para as estratégias públicas de saúde e otimizar os resultados da prevenção de agravos nas vítimas de VS em âmbito nacional.

A análise dos dados obtidos poderá contribuir para a rotina de assistência às mulheres violentadas sexualmente, ao avaliar fatores que podem interferir no atendimento inicial e nos retornos para exames de seguimento da vítima.

2 OBJETIVO

Avaliar o perfil sociodemográfico das vítimas de violência sexual do sexo feminino, o grau de relacionamento com o agressor, a agressão sofrida e o atendimento inicial e seguimento realizados no CHC.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analisar a variação da taxa de violência sexual através do coeficiente da amostra estudada em relação a população feminina, acima de 10 anos de idade, de Curitiba e região metropolitana, no período estudado.
2. Avaliar o tempo entre o evento de VS e o primeiro atendimento durante o período analisado.
3. Avaliar as taxas de retorno para coleta de exames de seguimento em 30, 90 e 180 dias durante o período de tempo analisado.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 VIOLÊNCIA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define violência como o uso intencional de força ou poder físico, ameaçado ou real, contra si mesmo, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulte em ou que poderia resultar em ferimentos, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação (KRUG *et al.*, 2002).

As noções sobre o que é aceitável e inaceitável em termos de comportamento e o que constitui dano são culturalmente influenciadas e estão constantemente em evolução (KRUG *et al.*, 2002).

A violência seria o resultado de processos históricos e sociais de desigualdades – os determinantes sociais de saúde (LOIOLA *et al.*, 2014). De acordo com a OMS, as principais categorias de determinantes sociais de saúde são: circunstâncias materiais (moradia, segurança, trabalho, potencial de consumo); circunstâncias psicossociais (gênero, vulnerabilidade, fatores estressores, apoio social, relacionamentos); fatores comportamentais (alimentação, atividade física, tabagismo, uso de drogas, consumo de álcool) e / ou biológicos (fatores genéticos e outros); e o próprio sistema de saúde como determinante social (BENACH *et al.*, 2010).

Modelos socialmente construídos de masculinidade podem ter consequências deletérias para a saúde (por exemplo, quando encorajam a violência ou o abuso de álcool). No entanto, as mulheres e meninas carregam a maior carga de efeitos negativos sobre a saúde das hierarquias sociais baseadas em gênero, com efeitos da discriminação na saúde que podem ser imediatos (por exemplo, infanticídio feminino, mutilações genitais, violência sexual ou doméstica). As divisões de gênero na sociedade também afetam a saúde por meio de processos biossociais menos visíveis, como no caso de meninas e mulheres com menor acesso à educação, emprego, status social e a falta de controle sobre os recursos que as expõem a riscos à autonomia e saúde (BENACH *et al.*, 2010).

A violência pode ser dividida em 3 tipos: autodirigida, interpessoal e coletiva. A autodirigida inclui comportamentos suicidas e autoabuso. A violência interpessoal é subdividida em violência familiar e violência comunitária. O primeiro grupo inclui formas de violência como abuso infantil, violência por parceiro íntimo e abuso de idosos. O último

inclui violência juvenil, atos aleatórios de violência, estupro ou agressão sexual por estranhos e violência em ambientes institucionais como escolas, locais de trabalho, prisões e casas de repouso. A violência coletiva é o uso instrumental da violência a fim de alcançar objetivos políticos, econômicos ou sociais. A tipologia também captura a natureza da violência, que podem ser físicos, sexuais ou psicológicos, envolver privação ou negligência. A tipologia também considera a relevância do cenário, a relação entre o agressor e a vítima e, no caso da violência coletiva, os possíveis motivos para a violência (KRUG *et al.*, 2002).

3.2 VIOLÊNCIA SEXUAL

A OMS definiu a VS como todo ato sexual não desejado, ou ações de comercialização e/ou utilização da sexualidade de uma pessoa mediante qualquer tipo de coerção (KRUG *et al.*, 2002).

A Lei Maria da Penha, Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, é a primeira norma brasileira a conceituar violência sexual, sendo definida como “qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos” (BRASIL, 2006).

A VS engloba uma ampla gama de atos, incluindo sexo coagido no casamento e relacionamentos de namoro, estupro por estranhos, estupro sistemático durante conflitos armados, assédio sexual, abuso sexual de crianças, prostituição forçada e tráfico sexual, casamento infantil e atos violentos contra a integridade sexual das mulheres, incluindo mutilação genital feminina e inspeções obrigatórias para a virgindade. Mulheres e homens também podem ser estuprados quando sob custódia da polícia ou na prisão (KRUG *et al.*, 2002).

Há diversas terminologias para caracterizar os crimes de cunho sexual, entre elas estão a VS, agressão sexual e abuso sexual. O termo violência sexual tem uma conotação mais ampla, enquanto o abuso sexual restringe-se aos casos em que não ocorreram as penetrações vaginais ou quando as vítimas são crianças (FERREIRA, 2000). A violência sexual engloba, também, termos como: assédio sexual, estupro,

atentado violento ao pudor, exploração sexual e pornografia infantil. Segue a definição de cada termo:

- Assédio sexual: Constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função (BRASIL, 2009).
- Estupro: Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso (BRASIL, 2009).
- Atentado violento ao pudor: Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal, definição do artigo 214 do código penal que foi revogada pela Lei nº 12.015, de 2009 e foi incluída no crime definido como estupro no artigo 213 (BRASIL, 2009).
- Exploração sexual: Induzir ou atrair alguém à prostituição ou outra forma de exploração sexual, facilitá-la, impedir ou dificultar que alguém a abandone (BRASIL, 2009).
- Pornografia infantil: compreende qualquer situação que envolva criança ou adolescente em atividades sexuais explícitas, reais ou simuladas, ou exibição dos órgãos genitais de uma criança ou adolescente para fins primordialmente sexuais (BRASIL, 1990b).

No Brasil, o Decreto-Lei nº 2.848 de 07 de dezembro de 1940, artigo 213, definia estupro como “constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça” e ato libidinoso como “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal” (BRASIL, 1940). Essas definições foram revogadas e redefinidas pelo Decreto-Lei nº 12.015/2009. A nova definição de estupro tornou-se mais abrangente, por não se limitar a ter conjunção carnal e por não restringir apenas a mulheres (BRASIL, 2009).

Estupro, segundo a conceituação legal vigente no Brasil, é o ato de “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”. Além disso, foi especificado que estupro de vulnerável é “ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos” ou “com alguém que, por enfermidade ou deficiência não tem o

necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência” (BRASIL, 2009).

3.2.1 EPIDEMIOLOGIA

De acordo com o OMS, a violência sexual foi o tipo de violência mais pesquisado no mundo, em todos os níveis de renda, sendo que 52% dos países indicaram a realização de uma pesquisa nacional sobre a violência sexual. Embora a proporção de países que relataram a realização de levantamentos nacionais sobre os diversos tipos de violência tenha sido mais baixa nos países de baixa renda em comparação com países de renda média e alta (QUADRO 1), o mesmo não foi constatado em relação à violência sexual. Um número maior de países de baixa renda relatou a realização de pesquisas de base populacional que incluíram questões sobre violência sexual (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

QUADRO 1: PESQUISAS DE BASE POPULACIONAL POR TIPO DE VIOLÊNCIA E NÍVEL DE RENDA DO PAÍS

Tipo de violência	Alta renda	Renda média	Baixa renda
Violência armada	13%	11%	10%
Maus-tratos contra crianças	47%	45%	14%
Abusos contra idosos	34%	11%	5%
Violência por parceiro íntimo	58%	62%	38%
Violência sexual	47%	53%	52%
Violência juvenil	47%	18%	14%
Levantamento cobrindo todos os tipos de violência	45%	27%	14%

(n = 133 países participantes)

Fonte:(WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014)

De acordo com a OMS, a prevalência de estupro é estimada em 2 a 5% no mundo e a incidência é de 12 milhões de pessoas vítimas deste crime a cada ano (KRUG *et al.*, 2002). Em relação ao abuso sexual infantil, a prevalência estimada entre as meninas é de aproximadamente 20% e entre os meninos, 8% (STOLTENBORGH *et al.*, 2011).

Há consciência de que essas taxas podem estar subestimadas, pois muitos indivíduos vítimas de violência não procuram ajuda em serviços públicos com medo de

serem novamente atacados como retaliação de seus agressores ou mesmo por falta acesso a esses serviços (Kind *et al.* 2013).

A TABELA 1 demonstra estimativas de prevalência de violência contra mulheres por parceiro íntimo e violência sexual por não-parceiro íntimo de acordo com informações da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013a).

TABELA 1: PREVALÊNCIA ESTIMADA VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES POR REGIÕES DA GBD.

	Prevalência (%) de violência física e/ou sexual por parceiro íntimo por região do GBD	Prevalência de violência sexual por não-parceiro íntimo por região do GBD
Região GBD 2010*	% (intervalo de confiança de 95%)	% (intervalo de confiança de 95%)
África Subsaariana, Central	65.64 (53.6 a 77.7)	21.05 (4.59 a 37.51)
África Subsaariana, Leste	38.83 (34.6 a 43.1)	11.46 (7.31 a 15.60)
África Subsaariana, Sul	29.67 (24.3 a 35.1)	17.41 (11.48 a 23.33)
África Subsaariana, Oeste	41.75 (32.9 a 50.6)	9.15 (4.90 a 13.41)
América do Norte, <u>Alta Renda</u>	21.32 (16.2 a 26.4)	13.01 (9.02 a 16.99)
América Latina Andina	40.63 (34.8 a 46.5)	15.33 (10.12 a 20.54)
América Latina Central	29.51 (24.6 a 34.4)	11.88 (7.31 a 16.45)
América Latina Sul	23.68 (12.8 a 34.5)	5.86 (0.31 a 11.42)
América Latina Tropical	27.43 (20.7 a 34.2)	7.68 (2.68 a 12.69)
Ásia - Pacífico, <u>Alta Renda</u>	28.45 (20.6 a 36.3)	12.20 (4.21 a 20.19)
Ásia Central	22.89 (15.8 a 30.0)	6.45 (0 a 13.0)
Ásia Oriental	16.30 (8.9 a 23.7)	5.87 (0.15 a 11.59)
Ásia, Sul	41.73 (36.3 a 47.2)	3.35 (0 a 8.37)
Ásia, Sudeste	27.99 (23.7 a 32.2)	5.28 (0.94 a 9.61)
Australásia	28.29 (22.7 a 33.9)	16.46 (11.52 a 21.41)
Caribe	27.09 (20.8 a 33.3)	10.32 (3.71 a 16.92)
Europa Central	27.85 (22.7 a 33.0)	10.76 (6.14 a 15.38)
Europa Oriental	26.13 (20.6 a 31.6)	6.97 (0 a 14.13)
Europa Ocidental	19.30 (15.9 a 22.7)	11.50 (7.24 a 15.76)
Norte da África/Oriente Médio	35.38 (30.4 a 40.3)	4.53 (0 a 12.74)
Oceania	35.27 (23.8 a 46.7)	14.86 (7.48 a 22.24)

Fonte: (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013a) modificada

*Região GBD (MORAN *et al.*, 2014)

Quanto a violência por parceiro íntimo, a prevalência de mulheres que relataram ter sofrido pelo menos um episódio de VS na vida desencadeado pelo parceiro íntimo foi maior na Etiópia (58,6%), seguida por Bangladesh (49,7%) e Peru (46,7%). O Brasil teve prevalência de 14,3% e o país com a menor taxa foi o Japão (6,2%) (OMS, 2012).

A prevalência global de violência física e/ ou sexual por parceiro íntimo foi de 30,0%, sendo que a prevalência foi mais alta nas regiões da África, do Mediterrâneo Oriental e do Sudeste Asiático, onde aproximadamente 37% das mulheres relataram ter sofrido violência física e/ ou sexual por parceiro íntimo em algum momento de suas vidas

(WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013a). Os entrevistados de média e baixa renda das Américas relataram maior prevalência, aproximadamente 30%; a prevalência foi menor na região de alta renda no mundo com 23% e nas regiões de média e baixa renda da Europa e do Pacífico Ocidental, com 25% de relato de mulheres com experiência de violência pelo parceiro íntimo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013a).

Em relação ao Brasil, foram notificados 92.554 casos de VS de janeiro de 2010 a dezembro de 2014 (DATASUS, 2018a). Desse montante, 6.432 casos foram notificados no estado do Paraná e 3546 notificações ocorreram em Curitiba e região metropolitana (DATASUS, 2018b), em uma população estimada em 3,3 milhões de pessoas (DATASUS, 2018c).

De acordo com registros criminais no Brasil, somente em 2014, ocorreram 47.646 estupros (23,5 por 100mil habitantes) e 5.042 tentativas de estupro (2,5 por 100mil habitantes) (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2015). No mesmo ano, foram notificados em serviços de saúde 19.299 casos de VS (DATASUS, 2018d). No entanto, há vítimas que procuram apenas as instituições de segurança pública, outras que buscam apenas os serviços de saúde e aquelas que procuram ambos, o que torna complexo estimar a prevalência da VS. Em estudo conduzido nos Estados Unidos, em 2015, 5% dos casos de VS foram notificados à polícia (TRUMAN; MORGAN, 2016). A Pesquisa Nacional de Vitimização (2013) verificou que, no Brasil, 7,5% das vítimas de VS registram o crime na delegacia (SECRETARIA NACIONAL DE SEGURANÇA PÚBLICA; DATAFOLHA; CRISP, 2013).

O perfil das vítimas de VS encontrado em diversos estudos, nacionais e internacionais, é composto por adolescentes e mulheres jovens, brancas, solteiras, sem filhos e com escolaridade acima da média nacional e regional (FACURI *et al.*, 2013; INGEMANN-HANSEN *et al.*, 2009). Há forte associação de violência sexual com anos de escolaridade, taxa de desemprego e renda per capita; alta proporção de vítimas de violência sexual em comunidades com baixo nível socioeconômico (DA SILVA; RONCALLI, 2018).

3.3 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Por recomendação da V Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1975, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), por meio de legislação específica (Lei nº 6.259/75 e Decreto nº 78.231/76)

(BRASIL, 1975). O atual Sistema Único de Saúde incorporou o SNVE, definindo através da Lei 8080/90, o conceito de vigilância epidemiológica como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (BRASIL, 1990a).

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é um sistema responsável pelo registro de processamento dos dados notificados de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória. O seu uso sistemático, de forma descentralizada, contribui para a democratização da informação, permitindo que todos os profissionais de saúde tenham acesso à informação e as tornem disponíveis para a comunidade, além de contribuir para a tomada de decisões em nível municipal, estadual e federal (BRASIL, 2017a).

Os dados são coletados a partir da Ficha Individual de Notificação que é preenchida pelas unidades assistenciais para cada paciente quando da suspeita da ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal. Este instrumento deve ser encaminhado aos serviços responsáveis pela informação e/ou vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais, Secretarias Estaduais de Saúde e, finalmente, à Secretaria de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2017a).

A notificação dos casos de violência é compulsória no Brasil, sendo assim, a comunicação é obrigatória à autoridade sanitária, realizada pelos médicos e demais profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação do agravo. A violência doméstica e outras violências são de notificação compulsória semanal e deve ser informada a Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde. A VS é de notificação compulsória imediata informando a Secretaria Municipal de Saúde (BRASIL, 2014a). O preenchimento das Fichas de Notificação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências tem papel estratégico no desencadeamento de ações de prevenção e proteção, fundamental nas ações de vigilância e monitoramento da situação de saúde relacionada às violências (BRASIL, 2011a).

A notificação compulsória das violências é contemplada na Portaria GM/MS nº 1.271/2014, de modo a atender a obrigatoriedade prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990b), no Estatuto do Idoso (BRASIL, 2011b); e na Lei nº

10.778/2003, que institui a notificação compulsória de violência contra a mulher (BRASIL, 2003).

Para incrementar a comunicação dos eventos notificados às autoridades de saúde, em 2004, o MS instituiu o “Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar (SNVEAH), o qual é integrado ao SNVE. Desse modo, objetivou-se incrementar suas ações, uma vez que o ambiente hospitalar é importante fonte de agravos de notificação compulsória, como a violência. A investigação epidemiológica dos casos pode demonstrar o surgimento de novas doenças ou mudanças na história natural de uma doença ou no seu comportamento epidemiológico, com impacto para a saúde pública no país (BRASIL, 2010).

Desse modo, o SNVEAH abriu caminho para a implantação e o desenvolvimento dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia. A coordenação, normalização técnica complementar ao nível federal e o acompanhamento dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia de cada Estado cabem ao Departamento de Vigilância e Controle em Agravos Estratégicos, da Superintendência de Vigilância em Saúde das Secretarias Estaduais de Saúde (PARANÁ, 2008).

O CHC compõe a rede nacional de Núcleos Hospitalares de Epidemiologia, o qual foi inaugurado em 2004; sendo pioneiro entre os hospitais do Estado do Paraná ao desenvolver atividades relativas à vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória dos casos atendidos no hospital, acompanhamento dos fluxos internos e qualidade do registro de informações dos sistemas de informação de agravos, mortalidade e de nascidos vivos (MEDEIROS, 2012). Os casos de violência sexual atendidos no CHC são notificados e as informações são prontamente processadas na própria instituição (MEDEIROS, 2012).

3.4 CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA SEXUAL

Estima-se que mais de um milhão de pessoas adquirem uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) todos os dias e que a cada ano aproximadamente 500 milhões de pessoas adquirem uma das IST curáveis como gonorreia, clamídia, sífilis e tricomoníase. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013b).

A prevalência de clamídia, em estudo realizado com 335 mulheres entre 16 e 23 anos, no CHC, em 2011, foi de 10,7%, sendo sete vezes maior que a prevalência de gonorréia, que foi de 1,5%, com taxa de coinfeção de 0,9% (PIAZZETTA *et al.*, 2011).

A prevalência da sífilis em diferentes populações no Brasil, entre 2004 e 2012, de acordo com o MS (2015), variou entre 0 e 9,5%. Já a prevalência da tricomoníase foi de 10 a 35% conforme população e método diagnóstico (BRASIL, 2015b). A prevalência do HIV em 2014 foi de 0,4% no Brasil (BRASIL, 2014b). A hepatite B é mais infectante que o vírus da imunodeficiência humana (HIV) durante as relações sexuais, por isso ela também deve ser considerada uma IST. Existem atualmente dois milhões de portadores crônicos de hepatite viral B e entre 1,4 a 1,7 milhões de portadores da hepatite viral C em território nacional (BRASIL, 2015b).

Estima-se que 16% de todas as vítimas de VS adquiram alguma IST (WORKOWSKI; BOLAN, 2015).

O risco estimado em uma mulher adulta vítima de estupro de adquirir gonorréia varia de 6% a 12%, clamídia de 4% a 17%, sífilis de 0,5% a 3% e AIDS menos de 1% (HOLMES; RESNICK; FRAMPTON, 1998). O risco de transmissão sexual do HIV difere de acordo com o modo de penetração (0,1% - 0,2% para a exposição receptiva vaginal, 0,8%- 3% para exposição receptiva peniana-anal) e pode ser aumentada por fatores associados à agressão sexual, tais como, trauma genital, exposição a outras infecções sexualmente transmissíveis e maior número de agressores (CHACKO *et al.*, 2012; TRIGUEIRO *et al.*, 2015). Estima-se, em estudos recentes na África, que o risco de se adquirir HIV durante uma relação sexual forçada seja 8 vezes maior do que em uma relação consentida (WORKOWSKI; BOLAN, 2015).

A VS leva a consequências de longo alcance em todas as faixas etárias, independentemente de o agressor ser um estranho ou conhecido, as vítimas podem experimentar profundas consequências psicológicas desse trauma. É possível incluir o desenvolvimento de doenças mentais, como depressão e transtorno de estresse pós traumático, que requerem tratamento adequado (MASON; LODRICK, 2013).

A saúde da criança ou adolescente também pode ser comprometida e ter consequência de curto a longo prazo, com influência na saúde física, sexual, reprodutiva, comportamental e mental, incluindo diagnóstico de estresse pós-traumático, ansiedade, depressão, distúrbios alimentares e de sono, risco de suicídio, entre outros (MANIGLIO, 2009)

O estresse pós-traumático agudo se refere ao período de sintomas como medo, ansiedade, culpa, vergonha, humilhação, depressão e insônia, com duração de alguns dias, já a fase de reorganização psíquica é longa e é caracterizada por sintomas como

transtornos da sexualidade, vaginismo, dispareunia, bulimia e anorexia (ACIERNO *et al.*, 1999).

Além de tudo, há o risco de gravidez associada ao ato de VS. Nos Estados Unidos, um estudo encontrou uma estimativa de 32.000 casos/ano de gestação resultante de VS, com estimativa de 5% de casos de gravidez entre mulheres violentadas na fase reprodutiva (HOLMES *et al.*, 1996).

3.5 ASSISTÊNCIA À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

As instituições envolvidas na atenção às pessoas em situação de VS devem assegurar cada etapa do atendimento que for necessária, como prevenção, emergência, acompanhamento, reabilitação e tratamento de eventuais agravos resultantes da VS sobre a saúde física e psicológica. O acompanhamento clínico, psicológico e social previsto nos serviços de saúde de referência deve se estender por um período posterior à realização do primeiro atendimento, sendo necessário que a equipe do serviço de saúde avalie a continuidade do seu acompanhamento e a importância de encaminhamentos para outros serviços e unidades da rede (BRASIL, 2015a; CDC, 2016b; WORKOWSKI; BOLAN, 2015).

No sistema de saúde pública brasileiro, o atendimento inicial à vítima ocorre no setor de emergência hospitalar, onde são realizados o acolhimento e atendimento multidisciplinar (equipe de enfermagem, do serviço social, da psicologia e médica), a notificação compulsória do caso, a coleta de exames e a administração de medicamentos (BRASIL, 2015a).

Entre 1996 e 2006, o CEMICAMP (Centro de Estudos e Pesquisas Materno-Infantis de Campinas), ligado à UNICAMP organizou Fóruns anuais interprofissionais, que inicialmente dirigiam-se à discussão sobre implementação do aborto previsto em lei e após muita discussão a respeito, concluiu-se que a preocupação deveria estender-se às mulheres que sofrem violência sexual, independentemente desta violência levar ou não à gravidez indesejada (ANDRADE, 2017).

A publicação da Norma Técnica pelo MS em 1998, intitulada “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes” foi um marco inicial para a assistência à vítima de VS no Brasil (ANDRADE, 2017; BRASIL, 1998). Além disso, o documento que sintetiza os Relatórios dos Fóruns I a VI, listou recomendações aos serviços de saúde, médicos, sociedades

médicas, poder público, sobre a necessidade de haver locais específicos de atendimento de vítimas de violência sexual em todo o país (ANDRADE, 2017).

Em 1997 o Departamento de Tocoginecologia do CHC em Curitiba-PR, iniciou reuniões e discussões multidisciplinares para a implantação do Centro de Atendimento à Mulher Violentada Sexualmente, com primeiros resultados divulgados em eventos e revistas a partir de 1998. A experiência no projeto desenvolvido no CHC e seus resultados foram compilados no livro, de 2016, “Violência sexual contra mulheres: aspectos médico, psicológicos, sociais e legais do atendimento” de autoria do Dr. Rosires Pereira de Andrade, atual Presidente da Comissão Nacional Especializada de Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista em Lei da FEBRASGO – Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (ANDRADE, 2017).

A partir de 2002 ficou estabelecido, sob a coordenação da Secretaria Municipal da Saúde, que três hospitais fariam o atendimento à vítima de VS de Curitiba e região metropolitana. Dois deles atenderiam pessoas com idade maior ou igual a 12 anos, a Maternidade do CHC e o Hospital Evangélico de Curitiba, e um terceiro, o Hospital Pequeno Príncipe, atenderia menores de 12 anos de idade. Além disso, houve a participação, também, da Secretaria de Segurança Pública para que fossem capacitados e nomeados médicos peritos *ad hoc* para o plantão pelo Instituto Médico Legal, para atender de imediato as vítimas nos hospitais de referência para exames forenses (ANDRADE, 2017).

3.5.1 PRIMEIRO ATENDIMENTO DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

A profilaxia para IST (clamídia, gonococo, tricomonas, sífilis, HIV, Hepatite B) e gestação é realizada com administração de drogas em dose única, no dia do atendimento inicial, preferencialmente em até 72 horas do evento de violência; a profilaxia para HIV se inicia no primeiro atendimento e se estende por até 28 dias, em acordo com protocolos nacionais e internacionais (BRASIL, 2015a; CDC, 2016a; CURTIS *et al.*, 2016; FORD; MAYER, 2015; PIAGGIO; KAPP; VON HERTZEN, 2011; SEÑA *et al.*, 2015; WORKOWSKI; BOLAN, 2015).

Em relação ao HIV, a primeira evidência de eficácia de PEP foi um estudo de caso-controle demonstrando uma redução de 81% na chance de transmissão do HIV entre profissionais de saúde com exposição percutânea ao HIV que receberam profilaxia com zidovudina (CARDO *et al.*, 1997). Por questões éticas e operacionais não houve

ensaio clínico randomizado conduzido para analisar a eficácia do PEP para HIV (CDC, 2016a).

Sobre a contracepção de emergência, uma metanálise encontrou que as taxas de gravidez eram baixas quando administrado levonorgestrel (LNG) dentro de 4 dias após a relação sexual desprotegida, mas aumentaram em 4 a 5 dias. Neste estudo não foi encontrada diferença na administração de contracepção de emergência com LNG no segundo, terceiro e quarto dia, após a relação desprotegida, em comparação com uma administração no primeiro dia, no entanto, pode haver uma tendência crescente nas taxas de gravidez dentro de 72 horas após a administração. Além disso, afirma-se que atrasar a administração de LNG até o quinto dia após a relação sexual desprotegida aumenta o risco de gravidez em mais de cinco vezes em comparação com a administração dentro de 24 horas (PIAGGIO; KAPP; VON HERTZEN, 2011).

No caso da Hepatite B, a profilaxia depende do histórico de imunização prévia; se desconhecimento ou não for previamente vacinada, a vítima recebe imunoglobulina humana anti-hepatite B e a primeira dose da vacina no atendimento inicial e as outras doses em 1-2 meses e 4-6 meses após o atendimento inicial (WORKOWSKI; BOLAN, 2015).

Em relação a Hepatite C, apesar do risco aumentado de infecção nas situações de violência sexual, até o momento, não existe um esquema profilático preconizado (ANDRADE, 2017).

3.5.1.1 PRIMEIRO ATENDIMENTO NO HOSPITAL DE CLÍNICAS -UFPR

No CHC, o atendimento inicial é realizado no pronto-atendimento (PA) da Maternidade, onde ocorre o acolhimento multidisciplinar (equipe de enfermagem, serviço social, psicologia e médico) com prioridade, ética, privacidade, confidencialidade. A delegacia de referência é acionada para a solicitação das guias para os exames periciais e a nomeação do perito médico do Instituto Médico Legal que irá realizar exames forenses no mesmo local. A vítima é atendida pelo médico de plantão no PA, o qual avalia, solicita exames e prescreve medicação, conforme protocolo (PARANÁ, 2017). A coleta de exames é realizada: conteúdo vaginal (pesquisa para clamídia, gonococo e tricomonas) e sangue (pesquisa para HIV, hepatite B, hepatite C, sífilis e gestação). Administra-se, também, a anticoncepção de emergência e a PEP para IST, quando

indicado. Além disso, os casos são notificados pela equipe multidisciplinar à autoridade de saúde (ANDRADE, 2017; PARANÁ, 2017).

A PEP para ISTs, virais ou não, não está indicada nos casos de abuso crônico, isto é, de ocorrência conhecidamente repetida pelo mesmo agressor ou quando houver uso de preservativo durante todo o crime sexual, mas a avaliação deverá ser individualizada (PARANÁ, 2017).

A seguir, serão expostos os esquemas que são realizados no CHC com o objetivo de profilaxia para infecções sexualmente transmissíveis em acordo com protocolo do MS do Brasil e Secretaria de Saúde do Paraná (BRASIL, 2017b; PARANÁ, 2017).

3.5.1.1.1 PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO A INFECÇÕES NÃO VIRAIS

QUADRO 2: PROFILAXIA DAS ISTS NÃO VIRAIS EM VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Profilaxia das ISTs Não Virais em Vítimas de Violência Sexual			
IST	Medicação	Posologia	
		Adultos e adolescentes com mais de 45Kg, incluindo gestantes	Crianças e adolescentes com menos de 45Kg
Sífilis	Penicilina G benzatina	2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo)	50 mil UI/kg, IM, dose única (dose máxima total: 2,4 milhões UI)
Gonorreia	Ceftriaxona	500mg, 1 ampola, IM, dose única	125mg, IM, dose única
Infecção por Clamídia	Azitromicina	500mg, 2 comprimidos, VO, dose única (dose total 1g)	20mg/kg peso, VO, dose única (dose máxima total 1 g)
Tricomoníase	Secnidazol*	1g, 2 comprimidos VO, dose única (dose total 2g)	15mg/kg/dia, divididos em 3 doses/dia, por 7 dias (dose diária máxima 2g)

Fonte: (PARANÁ, 2017)

3.5.1.1.2 PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO A HEPATITES B

Sobre a Hepatite B, se a vítima desconhecer seu *status* vacinal ou não for previamente vacinada, recebe imunoglobulina humana anti-hepatite B (Gamaglobulina hiperimune: 0,06 ml/Kg de peso, intramuscular, dose única) e a primeira dose da vacina

no atendimento inicial; a segunda e terceira doses são realizadas com 1 mês e 6 meses, respectivamente, após a primeira dose (PARANÁ, 2017).

3.5.1.1.3 PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO AO HIV

Em 2016, o CDC divulgou diretrizes específicas para abordar a exposição não ocupacional ao HIV e recomenda o fornecimento de terapia anti-retroviral dentro de 72 horas no caso de exposição com risco de aquisição do HIV (CDC, 2016a). A profilaxia para HIV se inicia no primeiro atendimento e deve se estender até 28 dias (BRASIL, 2015a; CDC, 2016a; CURTIS *et al.*, 2016; FORD; MAYER, 2015; PIAGGIO; KAPP; VON HERTZEN, 2011; SEÑA *et al.*, 2015; WORKOWSKI; BOLAN, 2015).

No QUADRO 3 foi descrito o esquema de PEP para HIV recomendado no protocolo brasileiro para maiores de 12 anos e não grávidas; o protocolo apresenta, também, esquemas alternativo para gestantes, crianças ou impossibilidade do uso das drogas preferenciais (BRASIL, 2017b).

QUADRO 3: ESQUEMA PREFERENCIAL DE PEP PARA HIV

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA
TDF ^(a) + 3TC	Comprimido coformulado (TDF 300mg + 3TC 300mg)	1 comprimido VO 1x/dia
	Na indisponibilidade da apresentação coformulada: Comprimido TDF 300mg + Comprimido 3TC 150mg	Na indisponibilidade da apresentação coformulada: 1 comprimido VO 1x/dia + 2 comprimidos VO 1x/dia
DTG	Comprimido DTG 50mg	1 comprimido VO 1x/dia

Não indicado para pessoa com insuficiência renal aguda.

Fonte: (BRASIL, 2017b)

3.5.2 SEGUIMENTO DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

O acompanhamento da vítima deve ser realizado por no mínimo 180 dias para análise de exames, identificação de resultados positivos para o rastreamento de IST, de gravidez, de alteração psiquiátrica e cuidados subsequentes (BRASIL, 2015a; WORKOWSKI; BOLAN, 2015). No Brasil, preconiza-se retornos em 10, 30, 90 e 180

dias, com equipe multidisciplinar (enfermagem, serviço social, psicologia, médico) (BRASIL, 2015a; PARANÁ, 2017).

O tratamento para psicopatologia clinicamente significativa é essencial, a equipe de assistência tem um papel importante na identificação daqueles que requerem tratamento formal e para assegurar o acompanhamento. Os tratamentos devem ser normalmente fornecidos em regime ambulatorial individual e devem ser oferecidos independentemente do tempo decorrido desde o trauma. Os requisitos de tratamento podem ser mais complexos em indivíduos com histórico de trauma repetido (MASON; LODRICK, 2013).

A vítima que procura atendimento após as 72 horas do abuso deve receber assistência nos casos de emergência e o cuidado subsequente será realizado pela unidade de atenção primária em saúde para o rastreamento para ISTs/HIV, além da atualização do estado vacinal no primeiro atendimento, independentemente do tempo decorrido (PARANÁ, 2017).

Em estudo de Ackerman *et al* (2006), a maior probabilidade de presença nas consultas de seguimento foi associada com presença de trauma genital e quando foi realizado profilaxia para IST e gestação; no mesmo estudo, foi encontrada associação de perda de seguimento quando ocorreu uso de drogas ilícitas (ACKERMAN *et al.*, 2006). Afirma-se também, que a maior probabilidade de manter o acompanhamento ocorre por preocupação da vítima com IST, alta gravidade do ferimento genital, relato de agressão física, desejo de esclarecer o que houve por não lembrar, faixa etária mais jovem. No entanto, a perda do seguimento está relacionada com parceiro agressor, local público, uso de substância ilícita, doença psiquiátrica prévia, falta de moradia, idade maior que 40 anos nas quais a associação com estigmas é maior (ACKERMAN *et al.*, 2006; HOLMES; RESNICK; FRAMPTON, 1998). Não foram encontrados estudos que analisassem elementos do atendimento agudo que possam estar associados ao seguimento.

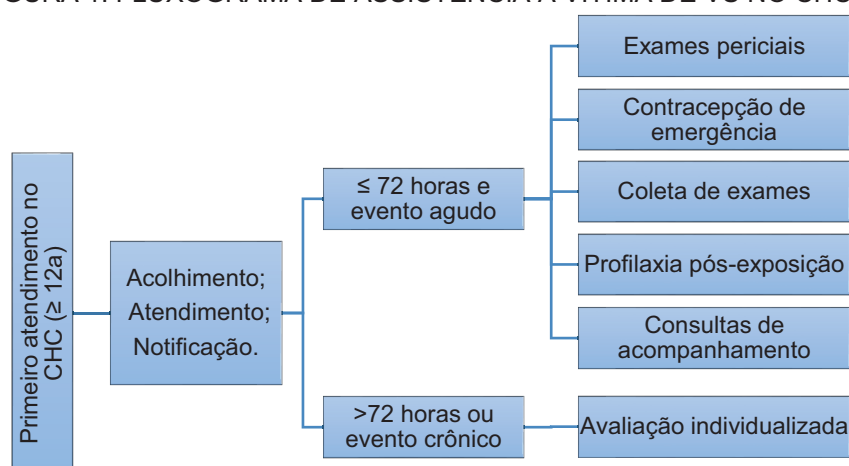
Em uma metanálise realizada por Chacko *et al* (2012), a adesão à profilaxia pós-exposição (PEP) ao HIV em vítimas de VS foi ruim em todos os contextos. Foi encontrada uma estimativa combinada de 40,3% de adesão global, proveniente de estudos nos quais a aderência variou de 12 a 74%, porém está sujeita a grande heterogeneidade e recomenda-se cautela na interpretação das estimativas. A proporção de pacientes que não completaram a profilaxia variou de 2,9% a 25,0%, com uma proporção global menor, 9,9%. A adesão parece ser melhor nos países em desenvolvimento em comparação com

os países desenvolvidos; isto pode ser devido a uma maior conscientização dos riscos da transmissão do HIV por maior incidência dessa doença nesses países (CHACKO *et al.*, 2012).

3.5.2.1 SEGUIMENTO NO HOSPITAL DE CLÍNICAS -UFPR

O seguimento ambulatorial, no CHC, é feito quando o tempo entre a violência e o atendimento ocorre em até 72 horas, e quando não se trata de VS de repetição por mesmo agressor (crônica) (ANDRADE, 2017). A vítima é encaminhada para atendimento psicológico e ao serviço social, além do seguimento médico no serviço de infectologia, quando as consultas ocorrem em 10, 30, 90 e 180 dias após a violência, onde são avaliados intercorrências, aderência a PEP para HIV, toxicidade, intolerância e exames laboratoriais, conforme fluxograma de atendimento apresentado na FIGURA 1.

FIGURA 1: FLUXOGRAMA DE ASSISTÊNCIA À VÍTIMA DE VS NO CHC



Nas consulta de seguimento, avaliam-se exames coletados na primeira consulta (bacterioscopia e cultura de gonococo, exame para clamídia, sífilis, HIV, hepatite B, hepatite C, exame de gravidez e quando indicado, hemograma, bilirrubinas e transaminases) e solicitam-se os exames de rastreamento subsequentes (pesquisa para HIV, hepatite B, hepatite C, sífilis e quando indicado, hemograma, bilirrubinas e transaminases) no período estabelecido em protocolo nacional, descrito no QUADRO 4 (BRASIL, 2012; PARANÁ, 2017). Em caso de diagnósticos de gestação ou IST, a paciente é encaminhada para a assistência no CHC (ANDRADE, 2017).

QUADRO 4 – EXAMES LABORATORIAIS NA AVALIAÇÃO INICIAL E SEGUIMENTO DAS VÍTIMAS DE VS.

	Admissão	2 Semanas	6 Semanas	3 Meses	6 Meses
Sífilis					
Anti-HIV					
Hepatite B (HbsAg)					
Hepatite C					
Hemograma, glicose, ureia, creatinina, TGO, TGP, bilirrubinas diretas e indiretas	Se uso profilático de medicação antirretroviral	Se uso profilático de medicação antirretroviral			
β HCG		Repetir Obs: poderá ser realizado nas unidades de atenção primária de saúde.			

Fonte: (PARANÁ, 2017) modificada

Em 2006, em um trabalho de iniciação científica que avaliou o atendimento às vítimas de violência sexual em Curitiba nos anos de 2003 a 2005, encontraram que a taxa de seguimento das vítimas foi muito baixa; no CHC 86% retornaram para a primeira visita de seguimento e 25% e 12,5%, respectivamente, para os seguimentos aos 3 e 6 meses (ANDRADE, 2017).

Entre os anos 2009 e 2013, também no CHC, ao se analisar vítimas de VS, a taxa de adesão ao seguimento completo de 180 dias foi de 19,54% (TRIGUEIRO *et al.*, 2015).

Tendo em vista esses resultados desfavoráveis para o acompanhamento adequado da vítima de VS, optou-se, através deste trabalho, por avaliar os aspectos que poderiam evidenciar os possíveis motivos que levam à baixa adesão ao seguimento.

4 MÉTODOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do CHC de acordo com o Conselho Nacional de Saúde do Brasil, com dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), sob o número 55298516.7.0000.0096 no dia 10 de maio de 2016 (anexo I).

4.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

4.1.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Toda a amostra foi composta por vítimas de violência sexual provenientes do Pronto Atendimento da Maternidade do CHC, do sexo feminino, com 12 anos completos ou maior, atendidas entre janeiro de 2010 e dezembro de 2015, com prontuário médico cadastrado no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do CHC e com evento notificado em Fichas de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências (anexo II).

O sexo feminino foi incluído com o objetivo de homogeneizar a amostra para análise e para evitar viés pelo atendimento da vítima de VS ocorrer no PA da Maternidade do CHC, o que poderia inibir a procura dos homens para o atendimento, apesar de ser também centro de referência para atendimento do homem vítima de VS.

A idade de 12 anos completos ou maior foi critério de inclusão por ser CHC referência para atendimento dessa faixa etária; as vítimas de VS menores de 12 anos são referenciadas aos Hospital Pequeno Príncipe em Curitiba e região metropolitana.

Possuir cadastro no prontuário eletrônico hospitalar (SIH) e evento notificado, são critérios de inclusão por serem a fonte de dados para a pesquisa.

4.1.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Casos de VS crônica e/ou aquelas com tempo maior que 72 horas entre o evento e o atendimento.

Violência crônica é definida por repetidas violências pelo mesmo agressor. Tanto a violência crônica como o tempo para o primeiro atendimento ser maior que 72 horas contraindicam a profilaxia para HIV. Além disso, o seguimento subsequente deve ser realizado nas unidades básicas de saúde, exceto quando há alguma indicação para o acompanhamento no CHC, em acordo com protocolo do hospital e nacional para a assistência a vítimas de VS (ANDRADE, 2017). Desse modo, são critérios de exclusão por impossibilitar a análise do seguimento subsequente que é parte do objetivo desta pesquisa.

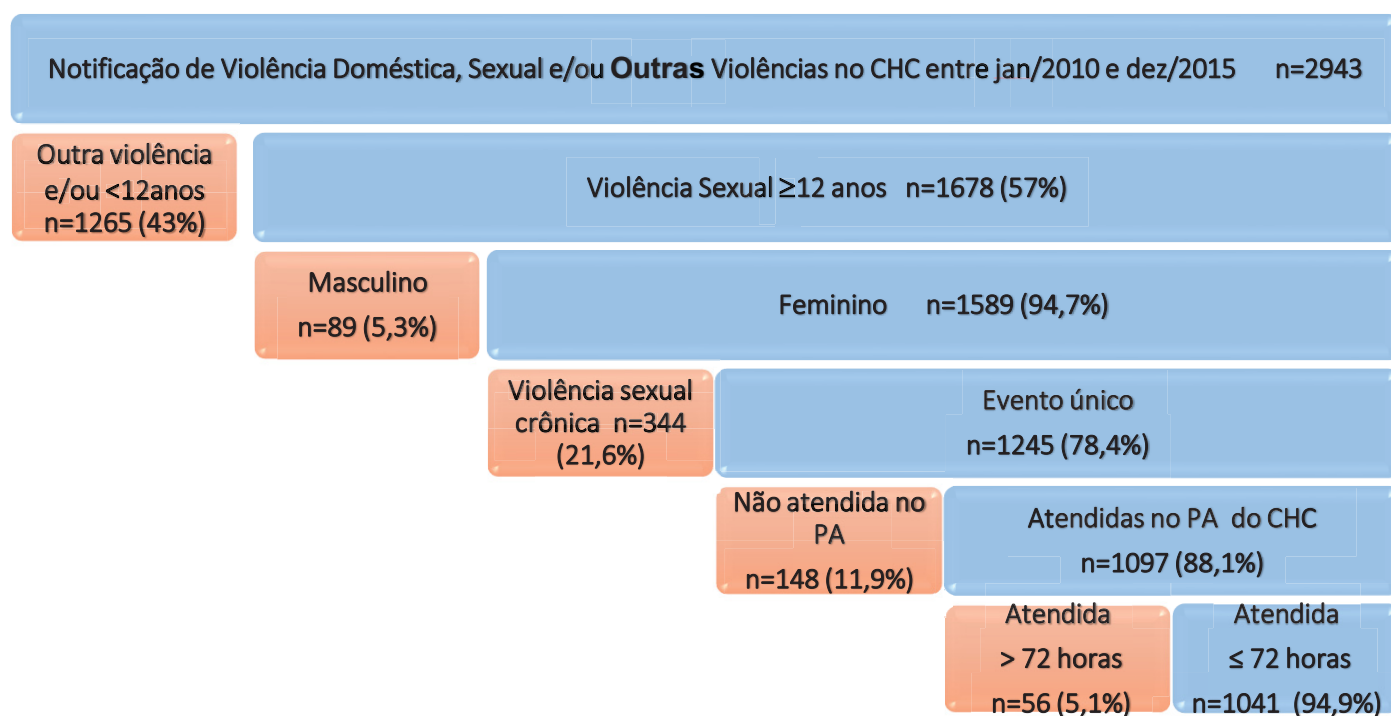
Foram excluídas as vítimas de violência sexual não atendidas no PA da Maternidade do CHC, por não seguirem os protocolos estabelecidos para o atendimento inicial e seguimento, o que não permite a análise necessária para esta pesquisa.

4.1.2.3 FLUXO DADOS CONFORME CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Após aplicados os critérios de inclusão e exclusão, o conteúdo amostral resultou em 1041 casos como demonstrado na FIGURA 2.

FIGURA 2: ORGANOGRAMA DO FLUXO DE COLETA DE DADOS APLICANDOS OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

● Incluídos
● Excluídos



4.2 DESENHO DO ESTUDO

Estudo observacional, transversal, retrospectivo.

4.3 ORIGEM DAS INFORMAÇÕES

4.3.1 ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO LOCAL

Dados sobre a população de Curitiba e região metropolitana foram extraídos do banco de dados do DATASUS utilizando-se o seguinte filtro: linha (região metropolitana RIDE – 41010 Curitiba), coluna (ano – período 2010 a 2015), conteúdo (população residente), faixa etária (acima de 10 anos), sexo (feminino) (DATASUS, 2018c).

4.3.2 SINAN

As notificações de todos os casos de VS foram realizadas no atendimento de emergência do CHC pela equipe multidisciplinar de saúde (equipe de enfermagem, do serviço social, de psicologia, médicos residentes em Ginecologia e Obstetrícia ou plantonista, todos previamente capacitados para a realização das notificações.

Foram preenchidas as Fichas de Notificação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências (BRASIL, 2011a) e as informações foram transferidas sistematicamente ao SINAN no CHC, conforme normas do MS brasileiro (BRASIL, 2017a). O controle de qualidade e a transferência de dados ao SINAN foram realizados por profissionais capacitados do Serviço de Epidemiologia do CHC. O SINAN é o sistema responsável pelo registro de processamento dos dados notificados de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, como a VS (BRASIL, 2017a).

Na base de dados do SINAN, estavam todas as informações fornecidas por notificação. Para extrair os dados usados neste estudo, realizou-se a aplicação de filtros de pesquisa: Linha (viol. sexual), Coluna (ano de notificação), Incremento (frequência), Idade detalhada (maior ou igual a 12a).

Assim, foi possível encontrar 2943 casos com Notificação de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências, sendo que 1678 notificações foram de VS, a

qual foi relatada pela vítima como assédio sexual, estupro, exploração sexual, atentado violento ao pudor, pornografia infantil e outros; todos termos pré-estabelecidos na ficha de notificação para marcação como sim, não ou desconhecido. O estudo incluiu todos os tipos de VS: assédio sexual, estupro, atentado violento ao pudor, exploração sexual e pornografia infantil.

Além de lesões por conjunção carnal ou ato libidinoso, no momento da VS, podem ocorrer diversos outros tipos de lesões. A seguinte classificação é usada por médicos forenses e patologistas: contusões; abrasões; lacerações; incisões; feridas penetrantes. Uma variedade de feridas ou tipos de ferimentos podem coexistir após o trauma; o médico forense interpreta o significado de tais lesões a luz da VS (JACK CRANE, 2013).

A conjunção carnal conceitualmente refere-se a penetração completa ou incompleta do pênis na cavidade vaginal, e ato libidinoso relaciona-se a qualquer outro ato de natureza sexual, diverso da conjunção carnal, incluindo-se o coito anal, o sexo oral e a masturbação, entre outros (ANDRADE, 2017).

As vítimas que formam a amostra de nosso estudo, responderam às perguntas objetivas sobre o tipo de penetração (vaginal, anal ou oral) e de outro meio de agressão além da própria VS (todos termos pré-estabelecidos na ficha de notificação para marcação como sim, não ou desconhecido). As opções de resposta para os meios de agressão foram: força corporal, enforcamento, uso de objeto perfurante, contundente ou quente, envenenamento, uso de arma de fogo, ameaça.

Os dados extraídos das fichas de notificação foram reunidos em uma tabela, incluindo nome, idade, data de nascimento e nome da mãe de cada vítima de VS que constituiu a amostra deste estudo.

As informações extraídas para o estudo na base de dados do SINAN foram:

- Sobre as vítimas: Nome, data de nascimento, nome da mãe, cor da pele autodeclarada, tempo de escolaridade, situação conjugal;
- Características do agressor: namorado, ex-namorado, cônjuge, ex-cônjuge, padrasto, madrasta, pai, mãe, irmão, filho, amigo ou conhecido, cuidador padrão, pessoa com relação institucional e desconhecido.
- Informações sobre a VS: data e hora do evento de violência sexual, os tipos de penetração (oral, vaginal e/ou anal) e os tipos de outro meio de agressão além da própria VS (quando houve: força corporal, enforcamento, uso de objeto

perfurante, contundente ou quente, envenenamento, uso de arma de fogo, ameaça).

O Brasil é um país de população heterogênea no que diz respeito a cor da pele das pessoas, a qual foi classificada para fins de pesquisa pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a partir de 2010, em cinco categorias de cor ou raça – branca, preta, amarela, parda e indígena (BRASIL, 2011c). Para fins de análise, estratificados a cor da pele em duas categorias: branca e não branca. Sendo classificada no grupo “não branca” as cores de pele: preta, amarela, parda e indígena.

4.3.3 SIH

O SIH é um sistema com arquitetura centralizada ligado a uma rede de computadores distribuídos em todos os setores do CHC que alimentam o banco de dados. Informações como dados dos pacientes, exames solicitados, resultados de exames e presença nas consultas são disponibilizados nesse sistema.

A localização do número do prontuário da paciente no SIH do CHC ocorreu através da pesquisa a partir do nome, sexo, data de nascimento e nome da mãe, extraídos do banco de dados do SINAN.

Com o acesso ao prontuário, foi possível analisar os resultados de exames e a presença nas consultas de retorno ambulatorial.

As informações extraídas para o estudo na base de dados do SIH foram:

- Data do primeiro atendimento hospitalar;
- Data da coleta de exames de seguimento;
- Resultados de exames coletados na primeira consulta;
- Resultado de exames coletados no seguimento.

Considerou-se seguimento adequado quando ocorreu a coleta de exames de acordo com protocolo do MS após 30, 90 e 180 dias (BRASIL, 2012). Os exames foram solicitados durante cada atendimento, no inicial e nos retornos para a consulta médica. Nos retornos as pacientes foram orientadas a realizar a coleta no laboratório do CHC, no mesmo endereço do hospital. O serviço não dispõe de busca ativa pelo paciente que não retorna ou que não coleta exames.

A coleta de exame, no período descrito acima, sugere presença na consulta médica de seguimento.

Os resultados de exames analisados neste estudo, foram:

- ✓ Pesquisa para HIV (BRASIL, 2013):
 - Triagem: Imunoensaio (quimioluminescência).
- ✓ Pesquisa para Hepatite B (BRASIL, 2015c):
 - Triagem: Ensaio imunológico de quimioluminescência para HBsAg.
- ✓ Pesquisa para Hepatite C (BRASIL, 2015c):
 - Triagem: Ensaio imunológico de quimioluminescência para Anti-HCV.
- ✓ Pesquisa para Sífilis (BRASIL, 2016) – conforme protocolo orientado à época:
 - Teste imunológico com revelação quimioluminescente (treponêmico): detecção dos anticorpos no sangue por meio de um conjugado de antígeno com substância quimioluminescente.
 - VDRL (não-treponêmico) – quantifica anticorpos.
- ✓ Pesquisa para gravidez:
 - Qualitativo de BHCG – Resultado positivo ≥ 25 mUI/ml

4.4 VARIÁVEIS

As seguintes covariáveis foram consideradas *a priori* como possíveis correlatos de influência na consulta inicial e seguimento: faixa etária (12-19 anos, 20-39 anos, 40-59 anos, maior ou igual a 60 anos), cor da pele autodeclarada (branca, não branca), tempo de escolaridade (sem estudo formal, 1 a 4 anos, 5 a 8 anos, 9 a 12 anos e maior que 12 anos), situação conjugal (com parceiro íntimo, sem parceiro íntimo), relação da vítima com o agressor (conhecido, desconhecido), parceiro íntimo (namorado, ex-namorado, cônjuge, ex-cônjuge), membro da família (pai, padrasto, mãe, filho, irmão), outro meio de agressão além da própria VS (sim, não), tempo para o atendimento inicial (menor que 24 horas; entre 24 e 72 horas), retorno para a coleta de exames de seguimento (sim, não).

4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os resultados foram descritos por frequências e percentuais.

Para a avaliação da estabilidade na taxa de ocorrências de VS ao longo do período observado ajustou-se um modelo de Regressão de Poisson, considerando-se o número de ocorrências a cada ano como a variável resposta, a população de Curitiba acima de 10 anos de idade em cada ano como a variável de peso e o tempo como a variável explicativa.

Para avaliação da associação entre o ano do atendimento e variáveis relativas às características sociodemográficas da paciente, da sua relação com agressor, sobre presença de outro meio de agressão além da própria VS e do seguimento ambulatorial, foi usado o teste de Qui-quadrado.

A associação entre estas variáveis e o tempo entre o evento e primeiro atendimento e o retorno para coleta de exames de seguimento, foi analisada de forma univariada e multivariada ajustando-se modelos de Regressão Logística e usando-se o teste de Wald para avaliar a significância das diferenças.

A medida de associação estimada foi a *odds ratio* (OR) com intervalos de confiança de 95%. Valores de $p < 0,05$ indicaram significância estatística. Os dados foram analisados com o programa computacional Stata/SE v.14.1. StataCorpLP, USA.

5 RESULTADOS

Encontraram-se 1678 casos de VS entre 2010 e 2015 atendidos no CHC na cidade de Curitiba e região metropolitana, sul do Brasil. Desses, 1041 casos atenderam aos critérios de inclusão e exclusão deste estudo.

5.1 AMOSTRA ESTUDADA E POPULAÇÃO DE CURITIBA E REGIÃO METROPOLITANA

A estimativa populacional do sexo feminino, acima de 10 anos de idade, residentes na cidade Curitiba e região metropolitana, no Estado do Paraná – Brasil, o número de casos de VS incluídos neste estudo e o coeficiente desses dois dados, a cada ano, foram descritos na TABELA 2.

TABELA 2: COEFICIENTE DA AMOSTRA ESTUDADA DE VÍTIMAS FEMININAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL ≥ 12 ANOS ATENDIDAS NO CHC EM RELAÇÃO A POPULAÇÃO FEMININA DE CURITIBA E REGIÃO METROPOLITANA, ACIMA DE 10 ANOS, 2010-2015

Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Estimativa populacional de Curitiba e região metropolitana, feminina, acima de 10 anos*	1.431.529	1.456.563	1.480.361	1.503.626	1.526.870	1.549.196	
Número de VVS atendidas no CHC e incluídas no estudo	179	163	168	196	172	163	
Amostra estudada/ população de Curitiba e região metropolitana x 10⁵**	12,5	11,19	11,35	13,04	11,26	10,52	p=0,287**

* Fonte: (DATASUS, 2018c); VVS: Vítima De Violência Sexual

**Modelo De Regressão De Poisson, $p < 0,05$

5.2 CARACTERÍSTICAS DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

A amostra foi composta por 1041 vítimas do sexo feminino com idade maior ou igual a 12 anos, média de 22 anos e desvio padrão de 11 anos. Na análise por faixa etária (TABELA 3), observou-se maior incidência dos casos de VS na faixa de 12 a 19 anos, com 53,9%. Há uma relação inversa entre a faixa etária e o percentual de casos de violência sexual demonstrado na TABELA 3.

Analisando-se a ocorrência de VS segundo a cor da pele autodeclarada (TABELA 3), 74,4% dos casos atingiram mulheres de cor branca, essa proporção foi

semelhante nos 6 anos analisados ($p=0,24$). Em relação a situação conjugal, 75,5% dos casos eram solteiras e a proporção se manteve ao longo dos anos estudados

Na análise por tempo de escolaridade, conforme apresentado na TABELA 3, observou-se maior incidência dos casos de violência quando apresentavam escolaridade entre 5 e 8 anos e entre 9 e 12 anos, com 36,3% e 37,3%, respectivamente. Em relação ao nível de escolaridade, a maior parte das vítimas tinham o ensino fundamental incompleto.

TABELA 3: ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES SOBRE AS VÍTIMAS DE VS, ATENDIDAS NO CHC, 2010-2015: FAIXA ETÁRIA, COR DA PELE, ESCOLARIDADE E SITUAÇÃO CONJUGAL

(continua)

Variáveis	Ano							Valor de p*
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Faixa etária	179	163	168	196	172	163	1041	
12-19 anos	85 (47,5)	83 (50,9)	102 (60,7)	123 (62,8)	92 (53,5)	76 (46,6)	561 (53,9)	
20-29 anos	52 (29,1)	50 (30,7)	38 (22,6)	40 (20,4)	44 (25,6)	47 (28,8)	271 (26)	
30-39 anos	28 (15,6)	14 (8,6)	12 (7,1)	19 (9,7)	18 (10,5)	18 (11)	109 (10,5)	
40-49anos	7 (3,9)	10 (6,1)	6 (3,6)	10 (5,1)	10 (5,8)	13 (8)	56 (5,4)	
50-59 anos	4 (2,2)	5 (3,1)	8 (4,8)	3 (1,5)	8 (4,6)	7 (4,3)	35 (3,4)	
≥ 60 anos	3 (1,7)	1 (0,6)	2 (1,2)	1 (0,5)	0 (0)	2 (1,2)	9 (0,9)	0,049
Cor da pele autodeclarada	177	163	166	196	172	161	1035	
Branca	137 (77,4)	116 (71,2)	125 (75,3)	156 (79,6)	122 (70,9)	114 (70,8)	770 (74,4)	
Não branca	40 (22,6)	47 (28,8)	41 (24,7)	40 (20,4)	50 (29,1)	47 (29,2)	265 (25,6)	0,240
Não informado**	2	0	2	0	0	2	6	
Escolaridade	179	161	166	196	172	163	1037	
Sem escolaridade	1 (0,6)	0 (0)	3 (1,8)	2 (1)	1 (0,6)	0 (0)	7 (0,7)	
1ª a 4ª série incompleta	6 (3,4)	5 (3,1)	13 (7,8)	13 (6,6)	6 (3,5)	12 (7,4)	55 (5,3)	
4ª série completa	3 (1,7)	6 (3,7)	5 (3)	5 (2,6)	7 (4,1)	4 (2,5)	30 (2,9)	
Ensino Fundamental incompleto	42 (23,5)	40 (24,8)	52 (31,3)	68 (34,7)	56 (32,6)	34 (20,9)	292 (28,2)	
Ensino fundamental completo	12 (6,7)	11 (6,8)	15 (9)	18 (9,2)	11 (6,4)	17 (10,4)	84 (8,1)	
Ensino médio incompleto	35 (19,6)	41 (25,5)	35 (21,1)	49 (25)	37 (21,5)	29 (17,8)	226 (21,8)	
Ensino médio completo	28 (15,6)	24 (14,9)	20 (12)	23 (11,7)	29 (16,9)	37 (22,7)	161 (15,5)	
Superior incompleto	14 (7,8)	13 (8,1)	10 (6)	14 (7,1)	18 (10,5)	15 (9,2)	84 (8,1)	
Superior completo	10 (5,6)	9 (5,6)	8 (4,8)	3 (1,5)	6 (3,5)	11 (6,7)	47 (4,5)	
Ignorado	28 (15,6)	12 (7,5)	5 (3)	1 (0,5)	1 (0,6)	4 (2,5)	51 (4,9)	<0,001
Não informado**	0	2	2	0	0	0	4	
Tempo de escolaridade	179	161	166	196	172	163	1037	
Sem estudo formal	1 (0,6)	0 (0)	3 (1,8)	2 (1)	1 (0,6)	0 (0)	7 (0,7)	
1 a 4 anos	9 (5)	11 (6,8)	18 (10,8)	18 (9,2)	13 (7,6)	16 (9,8)	85 (8,2)	
5 a 8 anos	54 (30,2)	51 (31,7)	67 (40,4)	86 (43,9)	67 (39)	51 (31,3)	376 (36,3)	
9 a 12 anos	63 (35,2)	65 (40,4)	55 (33,1)	72 (36,7)	66 (38,4)	66 (40,5)	387 (37,3)	
Maior que 12 anos	24 (13,4)	22 (13,7)	18 (10,8)	17 (8,7)	24 (14)	26 (16)	131 (12,6)	

TABELA 3: ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES SOBRE AS VÍTIMAS DE VS, ATENDIDAS NO CHC, 2010-2015: FAIXA ETÁRIA, COR DA PELE, ESCOLARIDADE E SITUAÇÃO CONJUGAL

							(conclusão)	
Ignorado	28 (15,6)	12 (7,5)	5 (3)	1 (0,5)	1 (0,6)	4 (2,5)	51 (4,9)	<0,001
Não informado**	0	2	2	0	0	0	4	
Situação conjugal	169	160	164	191	168	162	1014	
Com parceiro íntimo	37 (21,9)	25 (15,6)	24 (14,6)	27 (14,1)	29 (17,3)	29 (17,9)	171 (16,9)	
Sem parceiro íntimo	132 (78,1)	135 (84,4)	140 (85,4)	164 (85,9)	139 (82,7)	133 (82,1)	843 (83,1)	0,420
Não informado**	10	3	4	5	4	1	27	

Resultados descritos por frequência (percentual)

*Teste de Qui-quadrado, $p < 0,05$

**Dado não coletado (em branco) – não considerados para a análise estatística.

5.3 INFORMAÇÕES SOBRE O AGRESSOR E A RELAÇÃO COM A VÍTIMA

Considerando-se a relação entre a vítima e o agressor (TABELA 4), que em sua maioria era desconhecido, não houve mudança no padrão entre 2010 e 2015 ($p=0,122$). Dentre os agressores que as vítimas afirmaram conhecer previamente (34,2%), 72,5% eram pessoas conhecidas, porém diferente de membro da família (padrasto, pai, mãe, filho) ou parceiro íntimo (namorado, ex-namorado, cônjuge ou ex-cônjuge), sem alteração na proporção durante o período do estudo.

Ainda em relação aos agressores (TABELA 4), foi caracterizado que, em 92,4% de todos os casos, o agressor não era parceiro íntimo prévio ou atual. Além disso, em 98% de todos os casos, o agressor não era membro da família. Esses padrões se mantiveram sem diferença durante os 6 anos do estudo.

TABELA 4: VÍTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL: ANÁLISE SOBRE O SEXO DO AGRESSOR, NÚMERO DE AGRESSORES E O GRAU DE RELACIONAMENTO DA VÍTIMA COM O AGRESSOR, ATENDIDAS NO CHC, 2010-2015.

Variáveis	Ano							Valor de p*
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Sexo do Provável Agressor	179	163	168	196	172	163	1041	
Masculino	171 (95,5)	155 (95,1)	158 (94)	189 (96,4)	163 (94,8)	160 (98,2)	996 (95,7)	
Feminino	1 (0,6)	2 (1,2)	0 (0)	1 (0,5)	1 (0,6)	0 (0)	5 (0,5)	
Ambos os sexos	3 (1,7)	1 (0,6)	4 (2,4)	2 (1)	0 (0)	0 (0)	10 (1)	
Ignorado	4 (2,2)	5 (3,1)	6 (3,6)	4 (2)	8 (4,7)	3 (1,8)	30 (2,9)	
Número de Agressores	179	163	168	196	172	162	1040	
Um	141 (78,8)	123 (75,5)	132 (78,6)	159 (81,1)	132 (76,7)	128 (79)	815 (78,4)	
Dois ou mais	32 (17,9)	32 (19,6)	28 (16,7)	29 (14,8)	30 (17,4)	29 (17,9)	180 (17,3)	

TABELA 4: VÍTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL: ANÁLISE SOBRE O SEXO DO AGRESSOR, NÚMERO DE AGRESSORES E O GRAU DE RELACIONAMENTO DA VÍTIMA COM O AGRESSOR, ATENDIDAS NO CHC, 2010-2015.

							(conclusão)	
Ignorado	6 (3,4)	8 (4,9)	8 (4,8)	8 (4,1)	10 (5,8)	5 (3,1)	45 (4,3)	0,954
Relação do agressor com a vítima**	174	157	159	192	168	160	1010	
Apenas conhecido	48 (27,6)	47 (29,9)	54 (34)	77 (40,1)	62 (36,9)	57 (35,6)	345 (34,2)	
Apenas desconhecido	125 (71,8)	110 (70,1)	105 (66)	114 (59,4)	105 (62,5)	98 (61,3)	657 (65)	0,122†
Conhecidos e desconhecidos†	1 (0,6)	0	0	1 (0,5)	1 (0,6)	5 (3,1)	8 (0,8)	
Não informado††	5	6	9	4	4	3	31	
Entre os agressores conhecidos	49	47	54	78	63	62	353	
Namorado	4 (2,3)	7 (4,3)	4 (2,4)	10 (5,1)	5 (7,9)	4 (6,5)	34 (9,6)	0,551
Ex-namorado	2 (1,1)	2 (1,2)	2 (1,2)	0 (0)	6 (9,5)	2 (3,2)	14 (4)	0,118
Cônjuge	3 (1,7)	2 (1,2)	1 (0,6)	0 (0)	2 (3,2)	1 (1,6)	9 (2,5)	0,574
Ex-cônjuge	4 (2,3)	0 (0)	3 (1,8)	2 (1)	6 (9,5)	5 (8,1)	20 (5,7)	0,184
Padrasto	0 (0)	1 (0,6)	1 (0,6)	2 (1)	1 (1,6)	1 (1,6)	6 (1,7)	-
Pai	1 (0,6)	2 (1,2)	2 (1,2)	2 (1)	2 (3,2)	0 (0)	9 (2,5)	0,806
Mãe	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
Irmão	1 (0,6)	0 (0)	0 (0)	2 (1)	1 (1,6)	0 (0)	4 (1,1)	-
Filho	0 (0)	0 (0)	1 (0,6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,3)	-
Outro tipo de agressor conhecido***	34 (69,3)	33 (70,2)	40 (74,0)	60 (76,9)	40 (63,5)	49 (79)	256 (72,5)	-
Entre os agressores conhecidos	49	47	54	78	63	62	353	
Parceiro íntimo prévio/atual	13 (26,5)	11 (23,4)	10 (18,5)	12 (15,4)	19 (30,2)	12 (19,35)	77 (21,8)	
Membro da família****	2 (4,1)	3 (6,4)	4 (7,4)	6 (7,7)	4 (6,3)	1 (1,6)	20 (5,7)	
Outro tipo de agressor conhecido***	34 (69,3)	33 (70,2)	40 (74,0)	60 (76,9)	40 (63,5)	49 (79)	256 (72,5)	-
De toda a amostra: agressor como parceiro íntimo prévio/atual	174	157	159	192	168	160	1010	
Sim	13 (7,5)	11 (7)	10 (6,3)	12 (6,3)	19 (11,3)	12 (7,5)	77 (7,6)	
Não	161 (92,5)	146 (93)	149 (93,7)	180 (93,8)	149 (88,7)	148 (92,5)	933 (92,4)	0,514
De toda a amostra: agressor como membro da família****	174	157	159	192	168	160	1010	
Sim	2 (1,1)	3 (1,9)	4 (2,5)	6 (3,1)	4 (2,4)	1 (0,6)	20 (2)	
Não	172 (98,9)	154 (98,1)	155 (97,5)	186 (96,9)	164 (97,6)	159 (99,4)	990 (98)	0,578

Resultados descritos por frequência (percentual)

*Teste de Qui-quadrado, $p < 0,05$

** Entre os desconhecidos, foi incluído situações em que a paciente encontrou o agressor pela primeira vez na vida. ***Entre os “outros tipos de conhecidos”, incluiu-se situações como vizinho, colega de trabalho, parentes em geral (exceto filho, irmão, pais). Há casos em que a vítima foi violentada por conhecidos e desconhecido ao mesmo tempo.

****Membro da família: pai, mãe, padrasto, irmão e filho.

†Para o teste estatístico foram excluídos os casos classificados como Conhecidos e Desconhecidos.

††Dado não coletado (em branco) – não considerados para a análise estatística.

5.4 ANÁLISE DA AGRESSÃO SOFRIDA PELA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Em acordo com os critérios de inclusão, toda a amostra (1041) analisada foi notificada como vítima de VS. O estupro foi o tipo mais frequente, 924 casos, seguido de 26 assédios e 12 atentados violento ao pudor.

Sobre os relatos de ocorrência de penetração oral, vaginal e/ou anal relacionados ao ato de VS (TABELA 5), encontrou-se predominância na penetração vaginal. Além disso, 77,4% das vítimas sofreram outro meio de agressão além da própria VS, sendo que esse padrão se manteve durante o período estudado ($p=0,129$). Foi possível observar que os meios de agressão mais utilizados foram força corporal (49,7%) e ameaça (43,6%), seguido de arma de fogo (21,3%), esses dados foram analisados de forma independente; houve vítimas que afirmaram ter sido submetidas a mais de 1 meio de agressão.

TABELA 5: VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL: ANÁLISE DA AGRESSÃO SOFRIDA PELA VÍTIMA, CHC, 2010-2015.

2010-2010.

(continua)								
Variáveis	Ano							Valor de p*
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Ocorreu penetração?	143	125	146	170	132	†	716	
Sim	139 (97,2)	121 (96,8)	134 (91,8)	157 (92,4)	118 (89,4)		669 (93,4)	
Não	4 (2,8)	4 (3,2)	12 (8,2)	13 (7,6)	14 (10,6)		47 (6,6)	0,039
Tipo de penetração	139	121	134	157	118	†	669	
Apenas anal	9 (6,5)	2 (1,7)	1 (0,7)	6 (3,8)	3 (2,5)		21 (3,1)	
Apenas oral	6 (4,3)	5 (4,1)	9 (6,7)	6 (3,8)	2 (1,7)		28 (4,2)	
Apenas vagina	63 (45,3)	54 (44,6)	66 (49,3)	84 (53,5)	64 (54,2)		331 (49,5)	
Anal e oral	2 (1,4)	6 (5)	2 (1,5)	1 (0,6)	3 (2,5)		14 (2,1)	
Anal, oral e vaginal	20 (14,4)	21 (17,4)	13 (9,7)	17 (10,8)	19 (16,1)		90 (13,5)	
Anal e vaginal	14 (10,1)	13 (10,7)	22 (16,4)	21 (13,4)	12 (10,2)		82 (12,3)	
Oral e vaginal	25 (18)	20 (16,5)	21 (15,7)	22 (14)	15 (12,7)		103 (15,4)	0,168
Outro meio de agressão além da própria VS	171	156	162	191	166	162	1008	
Sim	137 (80,1)	122 (78,2)	126 (77,8)	135 (70,7)	126 (75,9)	134 (82,7)	780 (77,4)	
Não	34 (19,9)	34 (21,8)	36 (22,2)	56 (29,3)	40 (24,1)	28 (17,3)	228 (22,6)	0,129
Não informado***	8	7	6	5	6	1	33	
Tipo de meio de agressão (análise isolada)**	179	163	168	196	172	163	1041	
Força corporal	76 (42,5)	67 (41,1)	84 (50)	91 (46,4)	89 (51,7)	110 (67,5)	517 (49,7)	<0,001
Enforcamento	11 (6,2)	7 (4,3)	6 (3,6)	16 (8,2)	15 (8,7)	14 (8,6)	69 (6,6)	<0,001

TABELA 5: VÍTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL: ANÁLISE DA AGRESSÃO SOFRIDA PELA VÍTIMA, CHC, 2010-2015.

(conclusão)

Objeto perfuro/contundente/quente	14 (7,8)	27 (16,6)	17 (10,1)	30 (15,3)	21 (12,2)	27 (16,6)	136 (13,1)	0,072
Envenenamento	3 (1,7)	1 (0,6)	6 (3,6)	2 (1)	3 (1,8)	4 (2,5)	19 (1,8)	0,001
Arma de Fogo	32 (18)	43 (26,4)	29 (17,3)	42 (21,4)	39 (22,7)	36 (22,1)	221 (21,3)	0,001
Ameaça	59 (33,1)	59 (36,2)	75 (44,6)	88 (44,9)	75 (43,6)	97 (59,5)	453 (43,6)	<0,001

Resultados descritos por frequência (percentual)

*Teste de Qui-quadrado, $p < 0,05$

**Estas especificações estão isoladas, não foram realizadas associações pois há vítimas que sofreram múltiplas agressões.

***Dado não coletado (em branco) – não considerados para a análise estatística.

† Dado não disponível nas fichas de notificação a partir de 2015 - (BRASIL, 2015d)

5.5 ATENDIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

5.5.1 A PRIMEIRA CONSULTA NO SETOR DE EMERGÊNCIA

Foi observado que 46,1%, variando entre 39,3 a 55,3%, dos casos de VS foram atendidos em menos de 24 horas no período de 2010 a 2015 (TABELA 6). Do total, 53,9% procuraram atendimento entre 24 e 72 horas.

TABELA 6: VÍTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL: TEMPO ENTRE O EVENTO DE VIOLÊNCIA SEXUAL E O PRIMEIRO ATENDIMENTO, CHC, 2010-2015.

Variáveis	Ano							Valor de p^*
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Tempo entre o evento e o atendimento inicial (dias)	179	163	168	196	172	163	1041	
< 1dia (<24 horas)	99 (55,3)	70 (42,9)	75 (44,6)	82 (41,8)	90 (52,3)	64 (39,3)	480 (46,1)	
1 dia (24 a <48 horas)	58 (32,4)	78 (47,9)	69 (41,1)	72 (36,7)	65 (37,8)	86 (52,8)	428 (41,1)	
2 dias (48 a 72 horas)	22 (12,3)	15 (9,2)	24 (14,3)	42 (21,4)	17 (9,9)	13 (8)	133 (12,8)	<0,001

Resultados descritos por frequência (percentual)

*Teste de Qui-quadrado, $p < 0,05$

Inicialmente realizou-se a análise univariada (TABELA 7), que analisou os dados de maneira isolada. Essa análise mostrou que as variáveis “ausência de outro meio de agressão além da própria VS” e “agressor ser conhecido pela vítima” foram estatisticamente associadas à maior procura entre 24 e 72 horas pela primeira consulta no setor de emergência; já a variável idade entre 20 e 39 anos foi associada a maior procura em menos de 24 horas. Para as variáveis cor da pele, tempo de escolaridade e

situação conjugal, não foram encontradas diferenças significativas entre as classificações quanto à probabilidade de procurar o primeiro atendimento entre 24 e 72 horas.

A análise multivariada revelou que, independente de outras variáveis, a probabilidade de procura entre 24 e 72 horas para a primeira consulta não foi associada a faixa etária, no entanto foi relacionada a presença de outro meio de agressão além da própria VS ($p=0,001$) e o agressor ser conhecido pela vítima ($p<0,001$), como descrito na TABELA 8 e ilustrado no GRÁFICO 1.

TABELA 7: ANÁLISE COMPARATIVA DAS VARIÁVEIS ASSOCIADAS AO TEMPO PARA O PRIMEIRO ATENDIMENTO DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL, SEGUNDO RELATOS NO CHC, 2010–2015 – ANÁLISE UNIVARIADA.

Variável	Classificação	N	Tempo entre evento e primeiro atendimento		Valor de p*	OR (IC 95%)
			Menor que 24 horas	Entre 24 e 72 horas		
Idade	12 a 19 (ref)	561	237 (42,2)	324 (57,8)	-	-
	20 a 39 anos	380	194 (51,1)	186 (48,9)	0,008	0,70 (0,54 - 0,91)
	40 a 59 anos	91	45 (49,5)	46 (50,5)	0,199	0,75 (0,48 - 1,17)
	Maior que 60anos	9	4 (44,4)	5 (55,6)	0,895	0,91 (0,24 - 3,44)
Raça	Branca (ref)	770	360 (46,8)	410 (53,2)	-	-
	Não branca	265	118 (44,5)	147 (55,5)	0,531	1,09 (0,83 - 1,45)
Tempo de escolaridade	Menor que 5 anos	92	40 (43,5)	52 (56,5)	0,888	1,03 (0,65 – 1,64)
	5 a 8 anos (ref)	375	160 (42,7)	215 (57,3)	-	-
	9 a 12 anos	387	183 (47,3)	204 (52,7)	0,187	1,21 (0,91 – 1,60)
	Maior que 12 anos	131	66 (50,4)	65 (49,6)	0,127	1,36 (0,92 – 2,03)
Situação conjugal	Sem companheiro (ref)	843	89 (52,0)	82 (48,0)	-	-
	Com companheiro	171	377 (44,7)	466 (55,3)	0,080	0,75 (0,54 - 1,04)
Outro meio de agressão além da própria VS	Sim (ref)	780	399 (51,2)	381 (48,8)	-	-
	Não	228	67 (29,4)	161 (70,6)	<0,001	2,51 (1,83 - 3,46)
Agressor	Desconhecido	657	341 (51,9)	316 (48,1)	-	-
	Conhecido	353	119 (33,7)	234 (66,3)	<0,001	2,12 (1,62 - 2,78)

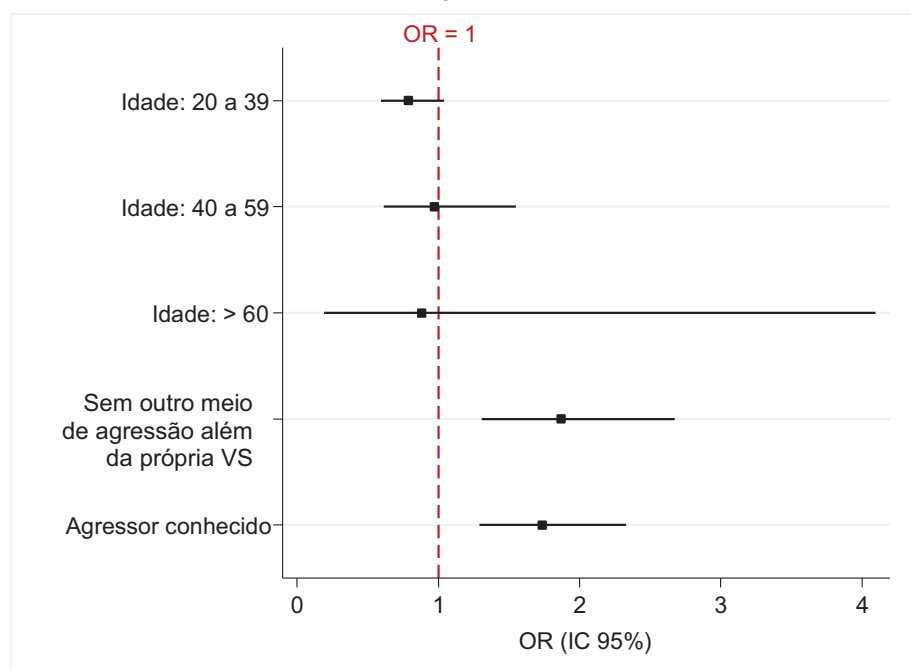
*Modelo de Regressão Logística e teste de Wald, $p<0,05$
(ref): variável de referência

TABELA 8: ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS AO PRIMEIRO ATENDIMENTO ENTRE 24 E 72 HORAS DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL, SEGUNDO CHC, 2010-2015 – ANÁLISE MULTIVARIADA

Variável	Classificação	Valor de p*	OR (IC 95%)
Idade	12 a 19 (ref)	-	-
	20 a 39 anos	0,095	0,79 (0,60 – 1,04)
	40 a 59 anos	0,911	0,97 (0,61 - 1,55)
	Maior que 60anos	0,871	0,88 (0,19 – 4,09)
Outro meio de agressão além da própria VS	Sim (ref)	-	-
	Não	0,001	1,87 (1,31 – 2,67)
Agressor	Desconhecido	-	-
	Conhecido	<0,001	1,73 (1,29 - 2,33)

*Modelo de Regressão Logística e teste de Wald, $p < 0,05$

GRÁFICO 1: FATORES ASSOCIADOS AO PRIMEIRO ATENDIMENTO ENTRE 24 E 72 HORAS DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL, SEGUNDO CHC, 2010-2015 – ANÁLISE MULTIVARIADA



*Classificação de referência para idade: 12 a 19 anos

5.5.2 RETORNO PARA EXAMES DE SEGUIMENTO APÓS A VIOLÊNCIA SEXUAL

Verificou-se (TABELA 9) que 59,8% das vítimas de VS não retornaram para a realização de exames de seguimento. Dos 1041 casos analisados, somente 9,6% completaram o seguimento com coleta de exames nos 3 momentos preconizados (30, 90 e 180 dias) (GRÁFICO 2).

GRÁFICO 2: FREQUÊNCIAS RELATIVAS (%) DE 1041 CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL SEGUNDO RETORNO PARA COLETA EXAMES DE SEGUIMENTO, NO CHC, 2010 A 2015.

■ Nenhum retorno ■ Apenas 1 retorno ■ Apenas 2 retornos ■ 3 retornos

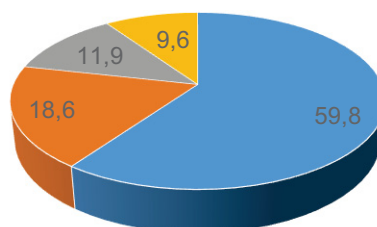


TABELA 9: VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL: RETORNO PARA COLETAS DE EXAMES DE SEGUIMENTO, CHC, 2010-2015.

Variáveis	Ano							Valor de p*
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total	
Retorno para coleta de exame/ seguimento ambulatorial	179	163	168	196	172	163	1041	
Nenhum retorno	96 (53,6)	99 (60,7)	103 (61,3)	120 (61,2)	111 (64,5)	94 (57,7)	623 (59,8)	
Apenas 1 retorno	31 (17,3)	31 (19)	37 (22)	30 (15,3)	31 (18)	34 (20,9)	194 (18,6)	
Apenas 2 retornos	27 (15,1)	20 (12,3)	18 (10,7)	28 (14,3)	12 (7)	19 (11,7)	124 (11,9)	
3 retornos	25 (14)	13 (8)	10 (6)	18 (9,2)	18 (10,5)	16 (9,8)	100 (9,6)	0,284
Retorno para coleta de exame/ seguimento ambulatorial	179	163	168	196	172	163	1041	
Nenhum	96 (53,6)	99 (60,7)	103 (61,3)	120 (61,2)	111 (64,5)	94 (57,7)	623 (59,8)	
1 ou 2 retornos	58 (32,4)	51 (31,3)	55 (32,7)	58 (29,6)	43 (25)	53 (32,5)	318 (30,5)	
Todos (3 retornos)	25 (14)	13 (8)	10 (6)	18 (9,2)	18 (10,5)	16 (9,8)	100 (9,6)	0,353
Retorno para coleta de exame/ seguimento ambulatorial	179	163	168	196	172	163	1041	
Nenhum	96 (53,6)	99 (60,7)	103 (61,3)	120 (61,2)	111 (64,5)	94 (57,7)	623 (59,8)	
Somente 30 dias	29 (16,2)	29 (17,8)	34 (20,2)	26 (13,3)	29 (16,9)	33 (20,2)	180 (17,3)	
Somente 3 meses	1 (0,6)	1 (0,6)	1 (0,6)	3 (1,5)	2 (1,2)	0 (0)	8 (0,8)	
Somente 6 meses	1 (0,6)	1 (0,6)	2 (1,2)	1 (0,5)	0 (0)	1 (0,6)	6 (0,6)	
30 dias e 3 meses	25 (14)	18 (11)	18 (10,7)	26 (13,3)	12 (7)	19 (11,7)	118 (11,3)	
30 dias e 6 meses	2 (1,1)	1 (0,6)	0 (0)	1 (0,5)	0 (0)	0 (0)	4 (0,4)	
3 meses e 6 meses	0 (0)	1 (0,6)	0 (0)	1 (0,5)	0 (0)	0 (0)	2 (0,2)	
30 dias, 3 meses e 6 meses	25 (14)	13 (8)	10 (6)	18 (9,2)	18 (10,5)	16 (9,8)	100 (9,6)	-
Retorno para coleta de exame/ seguimento ambulatorial	179	163	168	196	172	163	1041	
Nenhum	96 (53,6)	99 (60,7)	103 (61,3)	120 (61,2)	111 (64,5)	94 (57,7)	623 (59,8)	
Pelo menos 1	83 (46,4)	64 (39,3)	65 (38,7)	76 (38,8)	61 (35,5)	69 (42,3)	418 (40,2)	0,400

Resultados descritos por frequência (percentual)

*Teste de Qui-quadrado, $p < 0,05$

Inicialmente realizou-se a análise univariada (TABELA 10), que analisou os dados de maneira isolada. Essa análise mostrou que as variáveis “cor da pele não branca”, “ausência de outro meio de agressão além da própria VS” e “agressor ser conhecido” foram estatisticamente associadas a ausência de retorno para coleta de exames de seguimento. Para as variáveis idade, tempo de escolaridade, situação conjugal e “tempo entre evento e primeiro atendimento” não foram encontradas diferenças significativas quanto à probabilidade de não retornar.

TABELA 10: ANÁLISE COMPARATIVA DAS VARIÁVEIS ASSOCIADAS A AUSÊNCIA DE RETORNO PARA COLETAS DE EXAMES DE SEGUIMENTO DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL, SEGUNDO RELATOS NO CHC, 2010–2015 – ANÁLIS E UNIVARIADA.

Variável	Classificação	n	Retorno		Valor de p*	OR (IC 95%)
			Sim	Não		
Idade	12 a 19 (ref)	561	223 (39,8)	338 (60,2)	-	-
	20 a 39 anos	380	148 (38,9)	232 (61,1)	0,805	1,03 (0,79 – 1,35)
	40 a 59 anos	91	43 (47,3)	48 (52,7)	0,178	0,74 (0,47 – 1,15)
	Maior que 60anos	9	4 (44,4)	5 (55,6)	0,776	0,82 (0,22 – 3,10)
Raça	Branca (ref)	770	323 (41,9)	447 (58,1)	-	-
	Não branca	265	91 (34,3)	174 (65,7)	0,030	1,38 (1,03 – 1,85)
Tempo de escolaridade	Menor que 5 anos	384	155 (40,4)	229 (59,6)	0,894	0,98 (0,75 – 1,29)
	5 a 12 anos (ref)	471	188 (39,9)	283 (60,1)	-	-
	Maior que 12 anos	182	74 (40,7)	108 (59,3)	0,862	0,97 (0,68 – 1,37)
Situação conjugal	Sem companheiro (ref)	843	333 (39,5)	510 (60,5)	-	-
	Com companheiro	171	76 (44,4)	95 (55,6)	0,230	0,82 (0,59 – 1,14)
Outro meio de agressão além da própria VS	Sim (ref)	780	334 (42,8)	446 (57,2)	-	-
	Não	228	72 (31,6)	156 (68,4)	0,002	1,62 (1,18 – 2,22)
Agressor	Desconhecido	657	299 (45,5)	358 (54,5)	-	-
	Conhecido	353	108 (30,6)	245 (69,4)	<0,001	1,89 (1,44 – 2,49)
Tempo entre evento e primeiro atendimento	Menor que 1 dia (ref)	480	202 (42,1)	278 (57,9)	-	-
	1 ou 2 dias	561	216 (38,5)	345 (61,5)	0,240	1,16 (0,91 – 1,49)

*Modelo de Regressão Logística e teste de Wald, $p < 0,05$

A análise multivariada revelou que, independente de outras variáveis, a probabilidade de ausência de retorno para coleta de exames de seguimento não foi associada a faixa etária, tempo de escolaridade, situação conjugal, “outro meio de agressão além da própria VS” e “tempo entre evento e atendimento”, no entanto foi

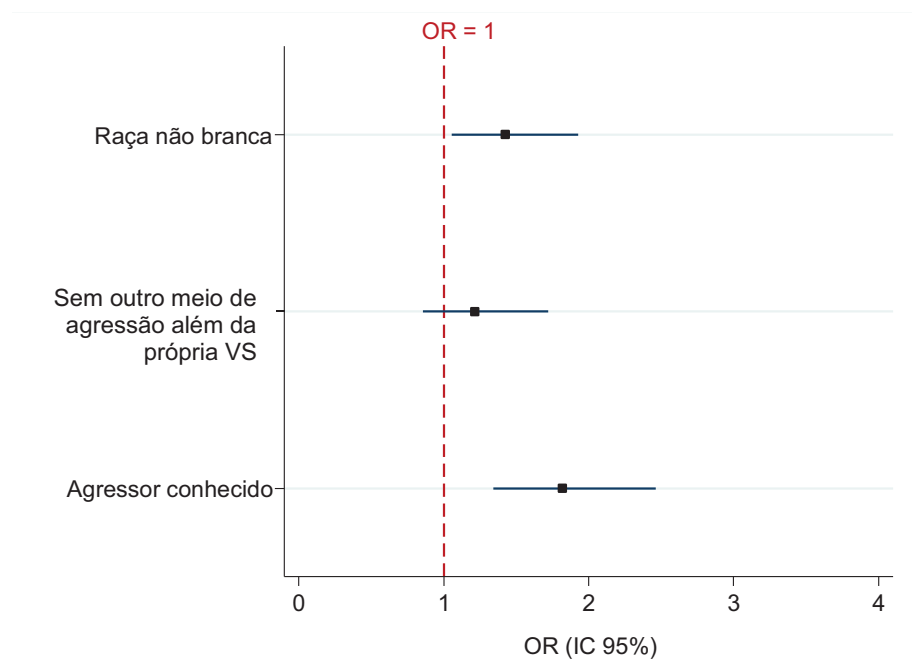
associada a cor da pele não branca ($p=0,022$) e o agressor ser conhecido pela vítima ($p<0,001$), como descrito na TABELA 11 e ilustrado no GRÁFICO 3.

TABELA 11: ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS A AUSÊNCIA DE RETORNO PARA COLETAS DE EXAMES DE SEGUIMENTO DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL, SEGUNDO CHC, 2010-2015 – ANÁLISE MULTIVARIADA

Variável	Classificação	Valor de p*	OR (IC 95%)
Raça	Branca (ref)	-	-
	Não branca	0,022	1,42 (1,05 - 1,93)
Outro meio de agressão além da própria VS	Sim (ref)	-	-
	Não	0,281	1,21 (0,85 - 1,72)
Agressor	Desconhecido	-	-
	Conhecido	<0,001	1,82 (1,34 - 2,46)

*Modelo de Regressão Logística e teste de Wald, $p<0,05$

GRÁFICO 3: FATORES ASSOCIADOS A AUSÊNCIA DE RETORNO PARA COLETAS DE EXAMES DE SEGUIMENTO DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL, SEGUNDO CHC, 2010-2015 – ANÁLISE MULTIVARIADA



5.6 RESULTADO DE EXAMES ANALISADOS

TABELA 12: RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS PELA VÍTIMAS DE VS NO PRIMEIRO ATENDIMENTO E NO SEGUIMENTO APÓS O EVENTO DE VS (N: 1041)

Consulta	Primeira	Após 2 semanas	Após 30 dias	Após 90 dias	Após 180 dias
Sífilis	20 positivos* 977 negativos 44 não coletados		392 não reagentes 649 não coletados	219 negativos 822 não coletados	
Anti-HIV	7 positivos** 1002 negativos 32 não coletados		1 positivo 392 negativos 648 não retornou	226 negativos 815 não coletados	114 negativos 927 não coletados
Anti-HCV	7 reagentes *** 1002 não reagentes 32 não coletados			223 não reagentes 818 não coletados	110 não reagentes 931 não coletados
HBsAg	2 reagentes**** 1001 não reagentes 38 não coletados			5 não reagentes 1036 não coletados	6 não reagentes 1035 não coletados
Anti-HBs	450 reagentes 539 não reagente 52 não coletados				
BHCG	16 positivos 849 negativos 56 não coletados	1 positivo♦ 384 negativos 656 não coletados			

* 12 quimioluminescência (3 retornaram para acompanhamento) e 8 VDRL (2 retornaram para acompanhamento)

**4 retornaram para acompanhamento

***5 retornaram para acompanhamento

**** 2 retornaram para acompanhamento

♦atendida em <24h

6 DISCUSSÃO

A pesquisa forneceu informações sobre uma parcela das vítimas de violência sexual atendidas na cidade de Curitiba e região metropolitana, a qual tem população de aproximadamente 3 milhões de habitantes, sendo 1,5 milhões femininos e acima de 10 anos de idade. Deste montante, a cada 100 mil pessoas, 11,6 (variando entre 10,52 e 13,04) foram vítimas de VS que formaram a amostra de nosso estudo. Durante o período de 6 anos, entre 2010 e 2015, observou-se que não houve variação na prevalência de violência sexual atendidas no serviço estudado ($p=0,287$).

Outrossim, foi possível conhecer as estimativas da prevalência, de características associadas às vítimas de VS e relatadas durante o atendimento, além da relação do agressor com a vítima e informações sobre o atendimento hospitalar inicial e seguimento em 1041 casos, no CHC, no sul do Brasil.

Quanto a idade e em consonância com pesquisas nacionais e internacionais, observou-se que a faixa etária 12 -19 anos tem maior incidência de agressão sexual que em outras faixas (ANDRADE *et al.*, 2001; INGEMANN-HANSEN *et al.*, 2009; LARSEN; HILDEN; LIDEGAARD, 2015; VELOSO *et al.*, 2013; VREES, 2017).

Em relação ao tempo de escolaridade, encontramos maior incidência de VS naquelas vítimas que apresentaram escolaridade entre 5 e 8 anos e entre 9 e 12 anos, com 36,3% e 37,3%, respectivamente, sem alteração durante o período analisado, em consonância com outros estudos realizados no sul do Brasil (ANDRADE *et al.*, 2001; DELZIOVO *et al.*, 2017). Entretanto, neste estudo, houve também maior taxa de VS entre 12 e 19 anos, desse modo, o dado sobre o tempo de escolaridade poderá ter sofrido influencia pela faixa etária onde mais se observa a VS, a qual coincide com o nível de escolaridade que se encontram estas vítimas.

Por outro lado, Delziovo *et al* (2017) estratificaram o tempo de estudo, conforme faixa etária, concluindo que o tempo de escolaridade menor que 12 anos foi predominante, independente da faixa etária. No nordeste brasileiro, foi encontrado maior risco de VS quando o tempo de escolaridade foi de 8 anos ou menos (DOS SANTOS *et al.*, 2017).

Quanto a raça/ cor da pele, não é possível esclarecer a relação com o risco de violência. Diversos estudos no mundo, com essa intenção, encontraram resultados discrepantes, o que pode ser atribuído a efeitos de confusão como local do estudo,

renda, educação, idade, abuso de substâncias, sexo e até mesmo o tipo de agressão – física versus estupro (ACIERNO *et al.*, 1999).

Estudos realizados no sul e sudeste brasileiro, onde a população é predominantemente de cor de pele branca, encontraram maior prevalência de vítimas de VS com a cor da pele branca (BRASIL, 2011c; DELZIOVO *et al.*, 2017; OSHIKATA *et al.*, 2011). Já no nordeste brasileiro, região com predominância de cor não branca, foi encontrado maior número de casos de VS em vítimas que se autodeclaram pardas, isto é, não brancas (BRASIL, 2011c; SILVA *et al.*, 2013). Em Pernambuco, nordeste brasileiro, um estudo não encontrou diferença no risco de sofrer VS entre cor da pele branca e não branca, apesar da predominância das vítimas de violência serem de cor não branca naquela região (BRASIL, 2011c; DOS SANTOS *et al.*, 2017). Neste estudo, o qual foi realizado no sul do Brasil, encontramos predominância de vítimas de VS com cor de pele branca, seguindo a tendência dos estudos realizados no país, sem alteração no período estudado.

Sobre a situação conjugal, conforme encontrado neste estudo e em diversos outros no Brasil e no mundo, as vítimas de VS são em sua maioria solteiras ou sem parceiro íntimo (ANDRADE *et al.*, 2001; CASTEEL *et al.*, 2008; GAFFOOR *et al.*, 2013; NUNES; LIMA; MORAIS, 2017; OSHIKATA *et al.*, 2011), no entanto, o estudo realizado em Pernambuco, não associou como fator de risco de sofrer a VS o fato da vítima ser solteira (DOS SANTOS *et al.*, 2017).

Foi encontrado, nesta pesquisa que na população que analisamos, as características das vítimas sugerem um perfil com maior incidência na faixa etária de 12 a 19 anos, solteiras, com tempo de escolaridade de 5 a 12 anos, cor da pele autodeclarada branca; sendo que perfil semelhante foi encontrado em outros estudos brasileiros (DELZIOVO *et al.*, 2017; FACURI *et al.*, 2013) realizados nas regiões sul e sudeste do Brasil, respectivamente.

Quanto a relação da vítima com o parceiro, uma revisão sistemática mostrou que uma a cada 14 mulheres com 15 anos ou mais, em todo o mundo, foi agredida sexualmente por alguém que não seja um parceiro íntimo; esse dado pode estar subestimado por razões como estigma e a culpa ligados à VS (ABRAHAMS *et al.*, 2014).

Sobre a VS entre as sobreviventes de violência por parceiro íntimo, uma revisão bibliográfica, Bagwell-Gray *et al.* (2015), encontrou prevalência variando entre 36,1% e 24,9%. Para os estudos que examinaram as taxas de prevalência em uma população mais ampla, não limitando a amostra a sobreviventes de violência pelo parceiro íntimo,

as taxas de prevalência de abuso sexual por parceiro íntimo são menores, variando de 7,7% a 21%. Sugere-se que as taxas de prevalência de VS por parceiro íntimo são subestimadas porque as mulheres em relacionamentos hesitam em chamar a VS que elas sofreram de estupro ou sexo forçado (BAGWELL-GRAY; MESSING; BALDWIN-WHITE, 2015).

Outros estudos brasileiros apontam que as vítimas de VS foram agredidas por sujeito desconhecido em sua maioria, em acordo com o que se encontrou neste estudo, mantendo o mesmo padrão entre 2010 e 2015 (FACURI *et al.*, 2013; NUNES; LIMA; MORAIS, 2017). Já em uma análise realizada na Dinamarca, a maioria das violências sexuais foram realizadas por agressores conhecidos (LARSEN; HILDEN; LIDEGAARD, 2015). A possibilidade de subnotificação de VS quando por parceiro íntimo precisa ser considerada, uma vez que a cultura de cada país ou região pode interferir na percepção da violência (KRUG *et al.*, 2002).

Em relação aos agressores conhecidos previamente pela vítima, encontramos taxa de 34,2% em toda a amostra, com a mesma proporção mantida no período do estudo. Ao se analisar esse grupo de conhecidos, concluímos que a maior parte (72,5%) era amigo/conhecido, diferente de membro da família da vítima e diferente de parceiro íntimo, como ocorreu em outro estudo brasileiro (NUNES; LIMA; MORAIS, 2017).

Toda amostra analisada foi notificada como vítima de VS. O estupro foi o tipo mais frequente, seguido de assédio e atentado violento ao pudor. Considerando que os casos notificados procuraram o serviço de saúde para atendimento médico, pode haver vício amostral, uma vez que atentados violentos ao pudor e assédios podem ser subnotificados, por não haver conjunção carnal ou outro meio de agressão além da própria VS, o que não afasta risco de outras consequências à vítima.

De toda a amostra estudada, 77,4% das vítimas sofreram outro meio de agressão além da própria VS - padrão mantido no período analisado. Desse grupo que sofreu outro meio de agressão, os mais utilizados foram força corporal e ameaça, seguido de arma de fogo. Em estudo realizado na Dinamarca, a agressão física, quando presente, aumentou a probabilidade de ter lesão por penetração e dos casos serem reportados para a polícia, além disso, o uso de álcool, resistência verbal e agressor conhecido aumentaram a probabilidade de agressão física (LARSEN; HILDEN; LIDEGAARD, 2015).

Durante o atendimento às vítimas de VS, de acordo com protocolos internacionais e nacionais, deve-se oferecer assistência multidisciplinar o mais cedo

possível. Orienta-se que o atendimento é adequado quando ocorre em até 72 horas do evento de VS com objetivo de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, tratamento de lesões físicas por penetração ou outro meio de agressão além da própria VS, anticoncepção de emergência e suporte psicossocial (BRASIL, 2015a, 2015b; CDC, 2016a; CURTIS *et al.*, 2016; CYBULSKA, 2013; FORD; MAYER, 2015; LOUTFY *et al.*, 2008; PIAGGIO; KAPP; VON HERTZEN, 2011; SEÑA *et al.*, 2015).

Na Califórnia, EUA, foi encontrado 93% de atendimento em até 24h em adolescentes e 88% em adultas (SLAUGHTER *et al.*, 1997). Em estudo realizado no Brasil, a procura por atendimento foi maior em até 24h, variando entre 80,3% e 64,9% entre os anos 2000 e 2006 em toda a amostra incluindo além de 72 horas (OSHIKATA *et al.*, 2011); outra pesquisa que incluiu apenas atendidos em até 72 horas, 65,3% procuraram atendimento em até 24h, entre os anos 2006 e 2010 (FACURI *et al.*, 2013). Neste estudo, em acordo com os critérios de inclusão, toda a amostra foi atendida em até 72 horas do momento em que ocorreu a VS. Encontramos que 46,1% das vítimas procuraram atendimento em menos de 24 horas e 53,9% entre 24 e 72 horas.

Este estudo, em primeira análise isolada, sugeriu que a idade entre 20 e 39 anos seria fator associado a menor risco de procura entre 24 e 72 horas para o atendimento inicial após a VS, no entanto, com a análise em conjunto com as demais variáveis, foi possível concluir que a faixa etária não foi fator de risco para o tempo de procura por atendimento hospitalar inicial. Encontramos também, que a ausência de outro meio de agressão além da própria VS, é fator de risco para procurar atendimento hospitalar após 24 horas, assim como a vítima conhecer o agressor previamente. Nossa pesquisa incluiu apenas as vítimas atendidas em até 72 horas, o que pode limitar a percepção geral da presença em consulta inicial por excluir quem procurou atendimento além de 72 horas. No entanto, em um estudo realizado em um serviço de referência no estado de São Paulo, Brasil, que analisou todos os pacientes (n=642), incluindo os que procuraram o serviço além de 72 horas, foi encontrado que a procura por atendimento foi maior em até 24 horas, variando entre 80,3 e 64,9% (OSHIKATA *et al.*, 2011). Não foram encontrados estudos que analisassem o tempo até o primeiro atendimento e fatores associados a esse tempo.

As consultas de retorno são importantes para avaliar os resultados de exames e suporte psicossocial dessas vítimas, assim, possibilitando identificar as consequências da VS. Há necessidade de manter o incentivo e investimento na atuação multidisciplinar

durante o acolhimento e intensificar a informação da necessidade de retorno em todas as consultas de seguimento.

Sobre o retorno para as coletas de exames de seguimento, constatou-se que a maior parte das vítimas nunca retornou, sendo 59,8% das 1041 vítimas de violência atendidas no CHC. Preconiza-se que o seguimento após o evento de VS deve ser realizado por no mínimo 180 dias, com o objetivo de rastrear infecções sexualmente transmissíveis com exames de sangue, identificação de gravidez resultante da VS, identificação de alteração psiquiátrica e cuidados subsequentes (BRASIL, 2015a; WORKOWSKI; BOLAN, 2015). No Brasil, conforme diretriz, os retornos devem ocorrer em 10, 30, 90 e 180 dias para coleta de exames e avaliação por equipe multidisciplinar (enfermagem, serviço social, psicologia, médico) (BRASIL, 2015a; PARANÁ, 2017).

Em um estudo realizado na Bélgica, entre 356 casos atendidos, 16% compareceram em alguma consulta com infectologista após a VS (GILLES; VAN LOO; ROZENBERG, 2010). Nos Estados Unidos, uma pesquisa demonstrou que 28% das vítimas retornaram para acompanhamento (DARNELL *et al.*, 2015). No sudeste brasileiro, foi encontrada taxa de 24,5% de retorno ambulatorial (FACURI *et al.*, 2013).

De acordo com Facuri *et al* (2013), as vítimas de VS que aderiram ao seguimento apresentavam menor escolaridade, antecedente pessoal de VS, doenças crônicas, mais agressões por conhecido, por meio de ameaça verbal e/ou o estupro representou a primeira relação sexual.

Em relação ao seguimento inadequado, outra pesquisa encontrou os seguintes fatores de risco de não se apresentar para o seguimento: amnésia, vítimas agredidas em local público, uso de cocaína, violentadas por parceiro íntimo, trauma genital; não houve associação com trauma corporal. Aqueles agredidos por um parceiro íntimo eram menos propensos a retornar para o seguimento em comparação com as agressões envolvendo um conhecido (ACKERMAN *et al.*, 2006). Outro estudo afirma que, a agressão por um estranho poderia reduzir a adesão ao seguimento (DARNELL *et al.*, 2015).

Nesta pesquisa foi encontrado, em primeira análise isolada, univariada, que os fatores de risco de não retornar para exames de seguimento seriam cor de pele não branca, ausência de outro meio de agressão além da própria VS e agressor previamente conhecido pela vítima. No entanto, com a análise multivariada, considerando os fatores em conjunto, encontrou-se o resultado de que os fatores de risco de nunca retornar para coleta de exames de seguimento são: cor de pele não branca e agressor conhecido.

Achados interessantes, por se tratarem variáveis com menor taxa na análise inicial dos dados (TABELA 2 e TABELA 3, respectivamente).

Considerando que o estudo de Ackerman separou para análise o tipo de agressor: conhecido e parceiro íntimo, associando apenas o parceiro íntimo como um dos fatores que contribuem para a perda do seguimento (ACKERMAN *et al.*, 2006), esta pesquisa pode ter um vício de análise pois não separamos parceiros conhecidos de íntimos para a análise de regressão logística. Uma menor parte da amostra foi agredida por parceiro íntimo, o qual representou entre 6,3 e 11,3% dos casos no período estudado. No entanto, ao se analisar apenas o grupo de parceiros conhecidos, o parceiro íntimo foi 21,8% e outro tipo de conhecido (diferente de parceiro íntimo ou familiar) foi predominante com 72,5% dos casos.

Em relação a cor da pele, como discutido previamente, não é possível esclarecer a relação com risco de violência por haver outros fatores que podem interferir na análise, como sexo, renda, nível de escolaridade, abuso de drogas, tipo de agressão, local onde a pesquisa foi desenvolvida (ACIERNO *et al.*, 1999), o que poderia influenciar na análise cor da pele versus seguimento.

A população estudada foi composta por maioria com cor da pele branca, no entanto, é preciso considerar que estimativas que consideram raça como um fator independentemente associado a um desfecho específico são potencialmente enviesadas pela presença de um confundimento residual de fatores socioeconômicos e outros determinantes sociais, sobre os quais não houve possibilidade de análise nesta pesquisa (BENACH *et al.*, 2010). A interpretação das diferenças étnico-raciais se insere em uma conjuntura mais ampla, que envolve aspectos históricos, políticos e socioculturais. Parte-se do princípio de que as diferenças étnico-raciais não podem ser deslocadas do contexto de onde emergem enquanto categorias classificatórias e que distinguem socialmente indivíduos e coletividades (KABAD; BASTOS; SANTOS, 2012; KAPLAN; BENNETT, 2003).

De acordo com a OMS, nas sociedades marcadas pela discriminação e exclusão racial, a pessoa pertencer a um grupo racial/étnico marginalizado afeta todos os aspectos de seu status, oportunidades e trajetória ao longo da vida. Como resultado da discriminação, as “expressões biológicas do racismo” estão intimamente ligadas ao impacto de outros determinantes associados a posições sociais desfavorecidas (baixa renda, educação deficiente, pobreza habitação, etc.). Assim, o estado de saúde e os resultados entre grupos raciais/étnicos oprimidos são, com frequência, significativamente

piores do que aqueles registrados em grupos mais privilegiados ou que as médias populacionais (BENACH *et al.*, 2010).

Estudos anteriores não encontraram relação de cor da pele com o risco para o seguimento (DARNELL *et al.*, 2015; FACURI *et al.*, 2013).

Dos resultados de exames analisados, foi encontrado 1 (um) resultado reagente para o exame de Anti-HIV de uma das vítimas de VS entre as que foram atendidas conforme toda a amostra analisada, inicialmente do PA do CHC com administração e orientação de profilaxias para IST. Foi também encontrado 1(um) resultado de BHCG positivo, apesar de ter recebido a contracepção de emergência. Ambas tinham resultados prévios negativos e receberam assistência no CHC para a confirmação e cuidados subsequentes. Ter encontrado esses resultados deixa explícita a importância do atendimento completo das vítimas de violência sexual.

Percebeu-se que não houve coleta de HBsAg na mesma proporção que o percentual de retorno no período de 3 meses e 6 meses. Esse fato pode ter ocorrido pelo resultado de anti-HBs positivo ter evitado a coleta de HBsAg ou mesmo não ter sido coletado por falha na solicitação de exames de seguimento, no entanto, essa análise é inconclusiva no momento. Para melhor conclusão, seria necessária uma nova análise específica dos dados coletados. Além disso, há diversos resultados de exames reagentes para Sífilis, HBsAg, Anti-HCV, Anti-HIV de vítimas que nunca retornaram para o seguimento.

As limitações desta pesquisa incluem: dados coletados com base em anotações nas fichas de notificações realizadas por diferentes profissionais, apesar de previamente treinados; algumas das informações estavam incompletas - fato ocorrido em pequeno número de casos e que não comprometeu a análise estatística. As informações indisponíveis podem ter ocorrido por falta de preenchimento adequado da ficha de notificação ou ainda por opção da vítima em não responder pelo constrangimento que envolve a situação da VS. Além disso, há a questão da possibilidade de subnotificação de casos por diversos motivos como: vítimas que não sobreviveram, não procuraram o serviço de saúde, as que não interpretaram como VS por aspecto cultural ou desconhecimento, procuraram apenas a delegacia, entre outros.

A pesquisa trouxe novas informações ao sugerir fatores que possam influenciar no tempo decorrido para a procura por atendimento inicial, como ausência de outro meio de agressão além da própria VS e agressor conhecido, os quais aumentam as chances

de procurar o atendimento após 24 horas, ou seja, entre 24 e 72 horas. Importante ressaltar que esse tipo de análise é pouco discutido na literatura até o momento.

Outro fato novo, foi a análise dos fatores de risco de perda do seguimento ter encontrado cor da pele não branca como sendo relevante. Agressor conhecido também foi elemento encontrado, mas esta informação já estava estabelecida na literatura. A cor da pele/raça vem sendo analisada para o risco de sofrer violência e não houve conclusões significativas, mas estudos prévios não analisaram a relação com o risco de perder o seguimento dessas vítimas.

As informações acerca da importância do atendimento de urgência das vítimas de VS e do acompanhamento completos deve alcançar toda a sociedade e principalmente grupos vulneráveis como crianças, adolescentes, seus responsáveis e mulheres jovens. Campanhas de sensibilização permanente e periódicas nos meios de comunicação tradicionais como televisão, rádios e materiais impressos são importantes, mas também ampliar a divulgação para os novos modos de informação e hábitos da população, como o uso de redes sociais, filmes, seriados, jogos, aplicativos de celular, entre outros. Toda sociedade precisa ser envolvida na disseminação da informação, incluindo instituições de ensino, religião e ambiente de trabalho. O Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes no Brasil, desde 2000, tem contribuído para esse objetivo (CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE—CONANDA, 2013).

As ações para a prevenção de violência, em acordo com a OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014), refletem diretamente na violência sexual e se faz necessária a sua ampliação em nosso país, tais como: desenvolver relacionamentos seguros, estáveis e protetores entre crianças e seus pais e cuidadores; desenvolver em crianças e adolescentes as habilidades para a vida (emocional e laboral); reduzir a disponibilidade e o uso nocivo de álcool; reduzir o acesso a armas de fogo e facas; promover igualdade de gênero, visando prevenir a violência contra a mulher; mudar normas culturais e sociais que apoiam a violência; criar programas de atendimento a vítimas, incluindo identificação e cuidado.

Além de tudo, os profissionais de saúde devem ter a formação no atendimento a vítimas de VS desde a graduação, através da implantação/manutenção do tema nas estratégias e metodologias de ensino. É também importante a educação continuada dos profissionais, com a divulgação dos protocolos atualizados de atendimento de vítimas de VS para a implementação e manutenção dos serviços de assistência à vítima de VS.

Este trabalho foi fundamental para a reflexão sobre a atenção às mulheres vítimas de VS e para o conhecimento do que se define como violência sexual e as consequências para a vítimas e a sociedade. Desse modo, evidencia-se a importância de orientar constantemente a população sobre o tema e de disseminar o conhecimento de que é uma urgência em saúde, que objetiva reduzir a morbidade. É preciso orientar também que o acompanhamento completo da vítima de VS é parte importante no processo de assistência adequada.

7 CONCLUSÕES

O perfil encontrado para a maioria das vítimas de VS do sexo feminino, foi composto por adolescentes e adultas jovens, de cor da pele autodeclarada branca, com tempo de escolaridade de 5 a 12 anos e sem parceiro íntimo, agredidas por desconhecido. Quando o agressor era conhecido previamente pela vítima, era diferente de parceiro íntimo ou de relação familiar. A maioria das vítimas sofreram penetração vaginal e outra agressão além da VS. Foi predominante a primeira consulta ocorrer após 24 horas do evento e ausência de retorno para o seguimento.

1. Não houve variação na taxa de violência sexual avaliada através do coeficiente da amostra em relação a população feminina, acima de 10 anos de idade, de Curitiba e região metropolitana, durante o período estudado.
2. A maioria das vítimas de VS procuraram o primeiro atendimento entre 24 e 72 horas. O primeiro atendimento entre 24 e 72 horas foi relacionado a ausência de outro meio de agressão além da própria VS e ao agressor ser previamente conhecido pela vítima.
3. A maior parte das vítimas de VS não retornaram para a coleta de exames de seguimento; aproximadamente 10% completaram o seguimento adequado (30, 90 e 180 dias). Não retornar para seguimento foi associado ao agressor conhecido previamente pela vítima e à cor da pele da vítima autodeclarada como sendo não branca.

8 PERSPECTIVAS

A violência sexual contra mulheres é uma realidade a ser enfrentada, por ações de prevenção, atendimento, enfrentamento, responsabilização e acompanhamento das vítimas. É um vasto campo para a investigação científica.

O combate à violência sexual e a assistência à vítima necessita do envolvimento dos diversos setores da sociedade em especial no âmbito nacional representada pelo Congresso Nacional, por consultas públicas e por representantes de especialistas como a FEBRASGO.

Quanto aos setores públicos, no Congresso Nacional brasileiro, através da Comissão permanente mista de combate à violência contra a mulher foi requerida a implantação da Subcomissão permanente de combate ao estupro e demais casos de VS contra a mulher, em 2016, com a finalidade de discutir estratégias de enfrentamento do crime de estupro e demais casos de VS contra a mulher (TEBET, 2016). Sendo assim, evidenciamos a importância de efetivar a instalação dessa subcomissão que objetiva possibilitar a discussão de estratégias de enfrentamento da violência sexual, verificando a existência de atendimento às vítimas e de protocolos de atuação, além de acompanhar as ações dos órgãos do Poder Executivo de prevenção, assistência às vítimas e erradicação desse crime, opinar sobre projetos de lei, processo, julgamento e punição eficazes. A prevenção e o combate à violência contra a mulher devem começar na infância através da articulação entre os Ministérios da Saúde, Justiça e Educação para mudar o perfil das estatísticas atuais.

Quanto aos representantes dos especialistas, a Comissão Nacional Especializada de Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista em Lei da FEBRASGO, criada em 1997, tem como objetivo divulgar informações e conhecimentos sobre o tema bem como capacitar os profissionais no atendimento às vítimas de violência sexual (FEBRASGO, 2018). O atendimento às vítimas deve ser organizado em acordo com protocolo nacional e com a FEBRASGO. Um maior número de instituições aptas e com profissionais capacitados para o atendimento, tornam melhores as condições de oferta de atenção a essa população de vítimas de VS. A assistência deve incluir o conhecimento técnico adequado e com atualização frequente, ênfase na atenção humanizada, envolvimento multidisciplinar dos profissionais da saúde, da família e da comunidade.

Identificado que há vítimas que procuram apenas as instituições de segurança pública e outras que buscam apenas os serviços de saúde, faz-se necessário uma política de aproximação das instituições para que tanto o acompanhamento médico seja adequadamente realizado nas vítimas que procuraram só a polícia, quanto a repressão do crime de estupro para vítimas que apenas procuraram o serviço médico. As vítimas precisam ser orientadas do direito de ter assistência médica com ou sem o boletim de ocorrência, assim como o direito de optar ou não pelo registro policial. No entanto, os bancos de dados de notificação de saúde e policial deveriam ser complementares, para que melhores estatísticas do problema de violência sexual sejam conhecidas.

Além disso, é necessário que as instituições de saúde conheçam a epidemiologia de sua região e reconheçam os fatores que possam comprometer a assistência adequada, contribuindo para o cuidado em conjunto com as diretrizes pré-estabelecidas.

Este estudo deixa a proposta para a análise do fator a cor da pele, com atenuação dos fatores de confusão e incluindo os determinantes sociais de saúde para a análise, como sendo importante na análise do risco de perder o seguimento.

Tendo em vista que ao longo do tempo do estudo foi observado que as taxas de vítimas de VS se mantiveram e os resultados das taxas de seguimento foram desfavoráveis, sugere-se mais estudos que contribuam para as estratégias públicas de prevenção da violência sexual, assistência à vítima de VS e melhora dos índices do acompanhamento completo das vítimas objetivando a redução da morbidade.

REFERÊNCIAS

ABRAHAMSON, N. *et al.* Worldwide prevalence of non-partner sexual violence: a systematic review. **The Lancet**, v. 383, n. 9929, p. 1648–1654, maio 2014.

ACIERNO, R. *et al.* Risk Factors for Rape, Physical Assault, and Posttraumatic Stress Disorder in Women: Examination of Differential Multivariate Relationships. **Journal of Anxiety Disorders**, v. 13, n. 6, p. 541–563, 1999.

ACKERMAN, D. R. *et al.* Sexual assault victims: Factors associated with follow-up care. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 194, n. 6, p. 1653–1659, jun. 2006.

ANDRADE, R. P. DE *et al.* Características Demográficas e Intervalo para Atendimento em Mulheres Vítimas de Violência Sexual. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 23, n. 9, p. 583–587, out. 2001.

ANDRADE, R. P. DE. **Violência sexual contra mulheres: aspectos médico, psicológicos, sociais e legais do atendimento**. 2. ed. Curitiba: Imprensa da UFPR, 2017.

BAGWELL-GRAY, M. E.; MESSING, J. T.; BALDWIN-WHITE, A. Intimate Partner Sexual Violence. **Trauma, Violence, & Abuse**, v. 16, n. 3, p. 316–335, 4 jul. 2015.

BENACH, J. *et al.* **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. Geneva: World Health Organization, 2010.

BRASIL. **DECRETO-LEI No 2.848, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm>. Acesso em: 7 maio. 2018.

BRASIL. **ANAIIS DA V CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**. Brasília: Ministério da Saúde, 1975.

BRASIL. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 7 maio. 2018a.

BRASIL. **Lei nº 8.069/1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 7 maio. 2018b.

BRASIL. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: normal técnica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. **LEI No 10.778, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2003**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.778.htm>. Acesso em: 7 maio. 2018.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006 - Lei Maria da Penha.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em: 25 ago. 2018.

BRASIL. **LEI Nº 12.015, DE 7 DE AGOSTO DE 2009.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm>. Acesso em: 20 jan. 2018.

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.254, DE 5 DE AGOSTO DE 2010.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2254_05_08_2010.html>. Acesso em: 13 fev. 2018.

BRASIL. Viva : instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. **Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde**, p. 72, 2011a.

BRASIL. **LEI Nº 12.461, DE 26 DE JULHO DE 2011.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12461.htm>. Acesso em: 7 maio. 2018b.

BRASIL. **Características Étnico-raciais da População - um estudo das categorias de classificação de cor ou raça.** Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2011c.

BRASIL. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes : norma técnica.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2012.

BRASIL. Manual Técnico Para O Diagnóstico Da Infecção Pelo Hiv. **Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.**, p. 56, 2013.

BRASIL. **PORTARIA Nº 1.271, DE 6 DE JUNHO DE 2014.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html>. Acesso em: 7 maio. 2018a.

BRASIL. Ano III - nº1 - 27ª às 52ª semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2013 Ano III - nº1 - 01ª às 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2014. **Ministerio da Saúde. Boletim Epidemiológico - Aids e DST Ano III**, p. 84, 2014b.

BRASIL. Norma técnica: Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios. **Ministério Da Saúde, Ministério Da Justiça, Secretaria De Políticas Para As Mulheres**, p. 44, 2015a.

BRASIL. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Ministerio da Saúde**, p. 1–121, 2015b.

BRASIL. Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais. **Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais**, p. 68, 2015c.

BRASIL. **FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA**. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Ficha_Viol_5_1_Final_15_06_15.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2018d.

BRASIL. **Manual Técnico para Diagnóstico da sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde., 2016.

BRASIL. **PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 4, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html>. Acesso em: 29 maio. 2018a.

BRASIL. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde., 2017b.

CARDO, D. M. *et al.* A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. Centers for Disease Control and Prevention Needlestick Surveillance Group. **The New England journal of medicine**, v. 337, n. 21, p. 1485–90, 20 nov. 1997.

CASTEEL, C. *et al.* National study of physical and sexual assault among women with disabilities. **Injury Prevention**, v. 14, n. 2, p. 87–90, 1 abr. 2008.

CDC. **Updated Guidelines for Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection-Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV—United States, 2016**. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/hiv/pdf/programresources/cdc-hiv-npep-guidelines.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2018a.

CDC. Announcement: Updated Guidelines for Antiretroviral Postexposure Prophylaxis after Sexual, Injection-Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV — United States, 2016. **MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 65, n. 17, p. 458, 6 maio 2016b.

CHACKO, L. *et al.* Adherence to HIV post-exposure prophylaxis in victims of sexual assault: a systematic review and meta-analysis. **Sexually transmitted infections**, v. 88, n. 5, p. 335–41, ago. 2012.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE—CONANDA. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes**. Brasília: SEDH/Conanda, 2013.

CURTIS, K. M. *et al.* U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2016. **MMWR. Recommendations and Reports**, v. 65, n. 4, p. 1–

66, 29 jul. 2016.

CYBULSKA, B. Immediate medical care after sexual assault. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 27, n. 1, p. 141–149, 2013.

DA SILVA, J. V.; RONCALLI, A. G. Prevalence of sexual violence in Brazil: associated individual and contextual factors. **International Journal of Public Health**, v. 0, n. 2017, 20 jun. 2018.

DARNELL, D. *et al.* Factors Associated with Follow-Up Attendance among Rape Victims Seen in Acute Medical Care. **Psychiatry**, v. 78, n. 1, p. 89–101, 2015.

DATASUS. **TabNet Win32 3.0: VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS - Brasil**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/violebr.def>>. Acesso em: 20 jan. 2018a.

DATASUS. **TabNet Win32 3.0: VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS - Paraná**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/violePR.def>>. Acesso em: 20 jan. 2018b.

DATASUS. **TabNet Win32 3.0: População Residente - Estudo de Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2000-2015 - Brasil**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?novapop/cnv/popbr.def>>. Acesso em: 20 jan. 2018c.

DATASUS. **TabNet Win32 3.0: VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS - Brasil**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/violebr.def>>. Acesso em: 8 maio. 2018d.

DELZIOVO, C. R. *et al.* Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 6, 2017.

DOS SANTOS, T. M. B. *et al.* Factors associated with the type of violence perpetrated against adolescents in the state of Pernambuco, Brazil. **Child Abuse & Neglect**, v. 67, p. 216–227, maio 2017.

ELKLIT, A.; SHEVLIN, M. General Practice Utilization After Sexual Victimization: A Case Control Study. **Violence Against Women**, v. 16, n. 3, p. 280–290, 21 mar. 2010.

FACURI, C. DE O. *et al.* Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 889–898, maio 2013.

FEBRASGO. **Comissões Nacionais Especializadas FEBRASGO 2018**. Disponível em: <www.fabrasgo.org.br/pt/membros-das-comissoes-nacionais-especializadas>. Acesso em: 20 set. 2018.

FERREIRA, J. D. **Estudos de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas**. São Paulo: Tese (Doutorado) - Pós-Graduação do Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil., 2000.

FORD, N.; MAYER, K. H. World Health Organization Guidelines on Postexposure Prophylaxis for HIV: Recommendations for a Public Health Approach. **Clinical Infectious Diseases**, v. 60, n. suppl 3, p. S161–S164, 1 jun. 2015.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2015**. Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/storage/9_anuario_2015.retificado_.pdf>. Acesso em: 8 maio. 2018.

GAFFOOR, Z. *et al.* High risk sexual behaviors are associated with sexual violence among a cohort of women in Durban, South Africa. **BMC Research Notes**, v. 6, n. 532, 2013.

GILLES, C.; VAN LOO, C.; ROZENBERG, S. Audit on the management of complainants of sexual assault at an emergency department. **European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology**, v. 151, n. 2, p. 185–189, 2010.

HOLMES, M. M. *et al.* Rape-related pregnancy: Estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. **Am J Obstet Gynecol**, v. 175, n. 2, p. 320–24, 1996.

HOLMES, M. M.; RESNICK, H. S.; FRAMPTON, D. Follow-up of sexual assault victims. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 179, n. 2, p. 336–342, 1 ago. 1998.

INGEMANN-HANSEN, O. *et al.* Characteristics of victims and assaults of sexual violence – Improving inquiries and prevention. **Journal of Forensic and Legal Medicine**, v. 16, n. 4, p. 182–188, maio 2009.

JACK CRANE. Interpretation of non-genital injuries in sexual assault. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 27, p. 103–111, 2013.

JENNY, C. *et al.* Sexually Transmitted Diseases in Victims of Rape. **New England Journal of Medicine**, v. 322, n. 11, p. 713–716, 15 mar. 1990.

KABAD, J. F.; BASTOS, J. L.; SANTOS, R. V. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base PubMed. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 895–918, 2012.

KAPLAN, J. B.; BENNETT, T. Use of Race and Ethnicity in Biomedical Publication. **Journal of the American Medical Association**, v. 289, n. 20, p. 2709–2716, 2003.

KRUG, E. G. *et al.* World report on violence and health. **Biomédica : revista del Instituto Nacional de Salud**, v. 22 Suppl 2, n. 9339, p. 327–36, dez. 2002.

LARSEN, M. L.; HILDEN, M.; LIDEGAARD. Sexual assault: A descriptive study of 2500 female victims over a 10-year period. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 122, n. 4, p. 577–584, 2015.

LOIOLA, A. *et al.* Determinantes sociais da violência na saúde de populações da América Latina. **Gestão e Saúde**, v. 6, n. 2, p. Pag. 1786-1804, 2014.

LOUTFY, M. R. *et al.* Prospective cohort study of HIV post-exposure prophylaxis for sexual assault survivors. **Antiviral therapy**, v. 13, n. 1, p. 87–95, 2008.

MANIGLIO, R. The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. **Clinical Psychology Review**, v. 29, n. 7, p. 647–657, nov. 2009.

MASON, F.; LODRICK, Z. Psychological consequences of sexual assault. **Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology**, v. 27, n. 1, p. 27–37, 2013.

MEDEIROS, A. R. P. **Saberes instrumentais e ideológicos de enfermeiros no Processo de Trabalho em Vigilância Epidemiológica hospitalar**. Curitiba: <http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oAdeliMedeiros.pdf>, 2012.

MORAN, A. E. *et al.* Temporal Trends in Ischemic Heart Disease Mortality in 21 World Regions, 1980 to 2010: The Global Burden of Disease 2010 Study. **Circulation**, v. 129, n. 14, p. 1483–1492, 8 abr. 2014.

NUNES, M. C. A.; LIMA, R. F. F.; MORAIS, N. A. DE. Violência Sexual contra Mulheres: um Estudo Comparativo entre Vítimas Adolescentes e Adultas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 4, p. 956–969, dez. 2017.

OMS. **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência**. São Paulo: Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Programa de Cooperação Internacional em Saúde da OPAS/OMS no Brasil e Ministério da Saúde, 2012.

OSHIKATA, C. T. *et al.* Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em um serviço de referência em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 4, p. 701–713, 2011.

PARANÁ. **Relatório dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia/NHE – Paraná**. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/ATA/ATA04/Relatorio_NHE_CIB.pdf. Acesso em: 7 maio. 2018.

PARANÁ. **Protocolo para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual**. 2 ed. ed. Curitiba: Secretaria Estadual de Saúde, 2017.

PIAGGIO, G.; KAPP, N.; VON HERTZEN, H. Effect on pregnancy rates of the delay in the administration of levonorgestrel for emergency contraception: a combined analysis of four WHO trials. **Contraception**, v. 84, n. 1, p. 35–39, jul. 2011.

PIAZZETTA, R. *et al.* Prevalência da infecção por Chlamydia Trachomatis e Neisseria Gonorrhoea em mulheres jovens sexualmente ativas em uma cidade do Sul do Brasil. **Revi Bras Ginecol Obstet**, v. 33, n. 11, p. 328–333, 2011.

SECRETARIA NACIONAL DE SEGURANÇA PÚBLICA; DATAFOLHA; CRISP. **Pesquisa Nacional de Vitimização**. Disponível em: <http://www.crisp.ufmg.br/wp-content/uploads/2013/10/Sumario_SENASP_final.pdf>. Acesso em: 8 maio. 2018.

SEÑA, A. C. *et al.* Sexual Assault and Sexually Transmitted Infections in Adults, Adolescents, and Children. **Clinical Infectious Diseases**, v. 61, n. suppl 8, p. S856–S864, 15 dez. 2015.

SILVA, M. C. M. E *et al.* Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 3, p. 403–412, set. 2013.

SLAUGHTER, L. *et al.* Patterns of genital injury in female sexual assault victims. **Am J Obstet Gynecol**, v. 176, p. 609–16, 1997.

SOUZA, C. DOS S. *et al.* Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA e a notificação da violência infanto-juvenil, no Sistema Único de Saúde/SUS de Feira de Santana-Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 773–784, mar. 2014.

STOLTENBORGH, M. *et al.* A Global Perspective on Child Sexual Abuse: Meta-Analysis of Prevalence Around the World. **Child Maltreatment**, v. 16, n. 2, p. 79–101, 21 maio 2011.

TEBET, S. **REQUERIMENTO No 10, DE 2016 - Senado Federal do Brasil**. Disponível em: <<http://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=2038594&disposition=inline>>. Acesso em: 9 set. 2018.

TRIGUEIRO, T. H. *et al.* Vítimas de violência sexual atendidas em um serviço de referência. **Cogitare Enferm**, v. 20, n. 2, p. 249–256, 2015.

TRUMAN, J.; MORGAN, R. **Criminal Victimization, 2015**. [s.l.] Bureau of Justice Statistics of the U.S. Department of Justice, 2016.

VELOSO, M. M. X. *et al.* Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1263–1272, maio 2013.

VREES, R. A. Evaluation and Management of Female Victims of Sexual Assault. **Obstetrical & gynecological survey**, v. 72, n. 1, p. 39–53, 2017.

WORKOWSKI, K. A.; BOLAN, G. A. **Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015**. [s.l.: s.n.]. v. 64

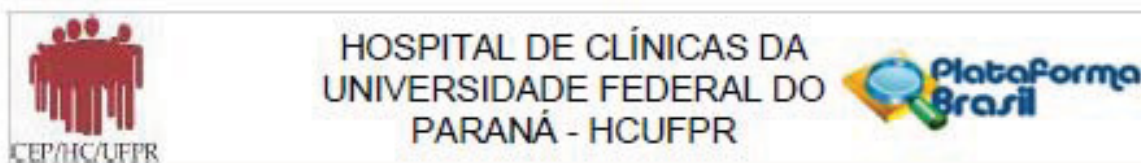
WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global and regional estimates of**

violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization, 2013a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sexually Transmitted Infections (STIs), The importance of a renewed commitment to STI prevention and control in achieving global sexual and reproductive health.** Disponível em: <<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/stisestimates/en/index.html>>. Acesso em: 25 jun. 2018b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on violence prevention 2014.** Geneva: World Health Organization, 2014.

ANEXO I - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da profilaxia pós-exposição para infecções sexualmente transmissíveis realizada nas vítimas de violência sexual atendidas na Maternidade do Complexo Hospital de Clínicas - UFPR

Pesquisador: DENISE MAGALHAES MACHADO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55298516.7.0000.0098

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.537.474

Apresentação do Projeto:

Estudo RETROSPECTIVO DESCRITIVO, com coleta retrospectiva de dados secundários do CHC/UFPR, que será realizado em duas etapas: A primeira será de corte transversal, com coleta retrospectiva de dados secundários de notificação de violência sexual, com análise de dados registrados nas Fichas de Notificação de Violência Doméstica. A segunda etapa do estudo será de corte transversal através da coleta de dados do prontuário médico, onde estão os registros dos atendimentos no PA e do seguimento ambulatorial.

Objetivo da Pesquisa:

Pesquisar as características sociodemográficas das vítimas de violência sexual atendidas na Maternidade do CHC/UFPR e a profilaxia pós-exposição para ISTs realizada no primeiro atendimento e o acompanhamento ambulatorial. Conhecer o número de pacientes vítimas de violência sexual atendidas no PA da Maternidade do CHC/UFPR entre 2010 e 2015, acima de 12 anos, e analisar as suas características sociodemográficas (sexo, faixa etária, grau de instrução). Conhecer o número de pacientes vítimas de violência sexual atendidas no PA da Maternidade do CHC/UFPR entre 2010 e 2015, acima de 12 anos, e analisar as suas características sociodemográficas (sexo, faixa etária, grau de instrução, ocupação), bem como o tipo de violência sexual, local e horário da agressão, vínculo/grau de parentesco do agressor, número de

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - HCUFPR



Continuação do Parecer: 1.537.474

agressores. • Levantar quais os esquemas de drogas administradas e prescritas para profilaxia pós-exposição no período estudado. • Avaliar taxa das presenças nas consultas do ambulatório de infectologia do CHC/UFPR em 10, 30, 90 e 180 dias após a violência e de adesão ao uso de PEP para HIV. • Levantar a incidência de diagnóstico de ISTs (hepatite B, hepatite C, HIV, sífilis, gonorréia, tricomonas, clamídia) prévios e de diagnóstico de ISTs relacionados ao episódio de violência sexual. • Estudar a profilaxia realizada nos casos de diagnóstico de IST relacionado a violência sexual (ocupação), bem como o tipo de violência sexual, local e horário da agressão, vínculo/grau de parentesco do agressor, número de agressores. • Levantar quais os esquemas de drogas administradas e prescritas para profilaxia pós-exposição no período estudado. • Avaliar taxa das presenças nas consultas do ambulatório de infectologia do CHC/UFPR em 10, 30, 90 e 180 dias após a violência e de adesão ao uso de PEP para HIV. • Levantar a incidência de diagnóstico de ISTs (hepatite B, hepatite C, HIV, sífilis, gonorréia, tricomonas, clamídia) prévios e de diagnóstico de ISTs relacionados ao episódio de violência sexual. • Estudar a profilaxia realizada nos casos de diagnóstico de IST relacionado a violência sexual.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Devidamente esclarecidos e descritos no projeto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa metodologicamente adequada e bem descrita.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Manter os documentos da pesquisa arquivado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 468/2012 e na Norma Operacional N° 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto conforme proposto para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da

Endereço: Rua Gal. Camello, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

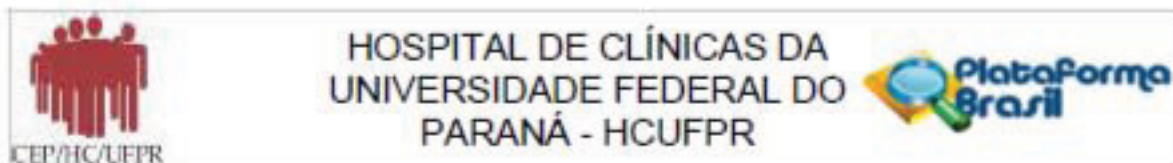
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 1.537.474

pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Manter os documentos da pesquisa arquivado.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa. Avaliação da profilaxia pós-exposição para infecções sexualmente transmissíveis realizada nas vítimas de violência sexual atendidas na Maternidade do Complexo Hospital de Clínicas, UFPR DENISE MAGALHAES MACHADO55298516.7.0000.0096

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_673548.pdf	18/04/2016 13:40:52		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_de_pesquisa.docx	18/04/2016 13:40:33	DENISE MAGALHAES MACHADO	Aceito
Outros	anexo_ficha_de_notificacao.pdf	18/04/2016 13:31:47	DENISE MAGALHAES MACHADO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	18/04/2016 13:30:48	DENISE MAGALHAES MACHADO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DISPENSA_DO_TERMOS_DE_CONSENTIMENTO.docx	18/04/2016 13:28:13	DENISE MAGALHAES MACHADO	Aceito
Outros	QUALIFICACAO_DE_TODOS_OS_PESQUISADORES_E_COLABORADORES.png	18/04/2016 13:25:34	DENISE MAGALHAES MACHADO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_responsabilidade_com_a_pesquisa2.png	18/04/2016 13:24:49	DENISE MAGALHAES MACHADO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_responsabilidade_com_a_pesquisa1.png	18/04/2016 13:24:09	DENISE MAGALHAES MACHADO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_de_compromisso_do_pesquisador.png	18/04/2016 13:23:29	DENISE MAGALHAES MACHADO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_compromisso_para_utilizacao_de_dados_de_arquivos.png	18/04/2016 13:22:48	DENISE MAGALHAES	Aceito

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900


UF: PR

Município: CURITIBA


Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



**HOSPITAL DE CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - HCUFPR**



Continuação do Parecer: 1.537.474

Declaração de Pesquisadores	termo_de_compromisso_para_utilizacao_de_dados_de_arquivos.png	18/04/2016 13:22:48	MACHADO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_de_uso_especifico_dos_dados_coletados.png	18/04/2016 13:22:00	DENISE MAGALHAES MACHADO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DE_TORNAR_PUBLICO_OS_RESULTADOS.png	18/04/2016 13:20:53	DENISE MAGALHAES MACHADO	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE.png	13/04/2016 13:15:15	DENISE MAGALHAES MACHADO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_SERVICOS_ENVOLVIDOS.png	13/04/2016 13:13:48	DENISE MAGALHAES MACHADO	Aceito
Outros	DECLARACAO_ORIENTADOR.png	13/04/2016 13:12:22	DENISE MAGALHAES MACHADO	Aceito
Outros	CartadeencaminhamentodopesquisadoraoCEP.png	13/04/2016 13:10:16	DENISE MAGALHAES MACHADO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartaAprovaDepartamentoTocoginecologia.pdf	13/04/2016 13:08:26	DENISE MAGALHAES MACHADO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.docx	13/04/2016 12:58:00	DENISE MAGALHAES MACHADO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:


Não

CURITIBA, 10 de Maio de 2016

**Assinado por:
Renato Tambara Filho
(Coordenador)**

Endereço: Rua Gal. Camero, 181		CEP: 80.060-900
Bairro: Alto da Glória		
UF: PR	Município: CURITIBA	
Telefone: (41)3360-1041	Fax: (41)3360-1041	E-mail: cep@hc.ufpr.br

ANEXO II - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

 República Federativa do Brasil Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde		FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS		Nº
Definição de caso: Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.				
Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idosos são de notificação obrigatória.				
Dados Gerais	1 Data da Notificação	2 UF	3 Município de Notificação	Código (IBGE)
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código (CNES)
	5 Data da Ocorrência do Evento	6 Hora da ocorrência (0 - 24 horas)		
Dados da Pessoa Atendida	7 Nome			8 Data de Nascimento
	9 Idade	10 Sexo	11 Gestante	
	12 Cor	13 Escolaridade	14 Situação conjugal	
	15 Relações sexuais	16 Possui algum tipo de deficiência?	17 Outras deficiências/ Síndromes	
	18 Número do Cartão SUS	19 Nome da mãe		
	20 UF	21 Município de residência	Código (IBGE)	22 Bairro de residência
	23 Logradouro (rua, avenida,...)	24 Número		
	25 Complemento (apto., casa, ...)	26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
	31 Local de ocorrência	32 UF	33 Município de ocorrência	34 Bairro de ocorrência
35 Logradouro de ocorrência (rua, avenida,...)	36 Número	37 Complemento (apto., casa, ...)		
38 Zona de ocorrência	39 Ocorreu outras vezes?	40 A lesão foi autoprovocada?		
41 Meio de agressão	42 Tipo de violências			

[illegible]